



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

INTERVENÇÃO DE QUALIDADE EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA - CAPACITAÇÃO DE EQUIPAS

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos

Orientação: Professora Mariana Pereira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

INTERVENÇÃO DE QUALIDADE EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA - CAPACITAÇÃO DE EQUIPAS

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos

Orientação: Professora Mariana Pereira

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

INTERVENÇÃO DE QUALIDADE EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA - CAPACITAÇÃO DE EQUIPAS

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica**

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Orientador: Professora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Data: 16 Outubro 2020

Aos meus Pais,

AGRADECIMENTOS

À Professora Mariana Pereira, pela disponibilidade e pelo acompanhamento ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores dos vários locais de estágio pelo acolhimento, disponibilidade, aconselhamento e partilha de conhecimentos.

Aos colegas do Curso de Mestrado.

Aos colegas de trabalho pelo espírito de corpo e sacrifício durante todo este período.

À minha família, pelo incentivo em todos os momentos e, sobretudo, pela compreensão nos momentos de ausência.

RESUMO

A paragem cardio-respiratória apresenta-se como das mais relevantes situações em contexto de urgência/emergência, cuja ação multidisciplinar é preponderante.

O enfermeiro especialista, enquanto facilitador das aprendizagens em contexto de trabalho, tem uma base sólida de conhecimentos e competências especializadas, que lhe permitem contribuir de forma efetiva para a promoção da qualidade e da segurança em saúde. O Projeto de Intervenção seguiu a metodologia de projeto, e advém da necessidade formativa evidenciada no Plano de Formação de um Serviço de Urgência Básica, validada por uma revisão sistemática sobre a formação e treino de Suporte Básico de Vida, para profissionais de saúde. Esta é uma área de conhecimento em que os conteúdos da formação devem ser adequados à ação esperada de cada grupo profissional (clínico e não clínico), como ferramenta de aquisição de competências tanto cognitivas, como sociais.

O Projeto de Intervenção materializou-se numa sessão de formação, assente na prática simulada de Suporte Básico de Vida, dirigida aos Assistentes Operacionais daquele Serviço.

A formação e treino de Suporte Básico de Vida melhora o desempenho dos profissionais de saúde perante ocorrências de paragem cardio-respiratória, por um lado, pela melhoria de competências, por outro, favorece a motivação para a realização de manobras de reanimação.

Este documento traduz de forma crítica e reflexiva o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica e competências de Mestre em Enfermagem, fundamentais à atribuição do título e do grau, ancoradas no período teórico e de prática clínica.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Suporte Básico de Vida; Profissionais de Saúde; Enfermeiro Especialista.

ABSTRACT

Cardio-respiratory arrest is one of the most relevant situations in the context of urgency / emergency, whose multidisciplinary action is preponderant.

The specialist nurse, as a facilitator of learning in the work context, has a solid base of knowledge and specialized skills, which allow him to contribute effectively to the promotion of quality and safety in health. The Intervention Project followed the project methodology and come from the training need evidenced in the Training Plan for a Basic Emergency Service, validated by a systematic review about the formation and training of Basic Life Support, for health professionals. This is an area of knowledge, in which the training content must be adequate to the expected action of each professional group (clinical and non-clinical), as a tool for the acquisition of both cognitive and social skills.

The Intervention Project materialized in a training session, based on the simulated practice of Basic Life Support, addressed to the Operational Assistants of that Service.

The formation and training of Basic Life Support improves the performance of health professionals in the event of cardio-respiratory arrest, on the one hand, by improving skills, on the other hand, it favors the motivation for performing resuscitation maneuvers.

This document reflects in a critical and reflective way the path of acquisition and development of skills of a specialist nurse in Medical-Surgical Nursing to the Person in Critical Situation and Master of Nursing skills, fundamental to the attribution of title and degree, anchored in the theoretical and of clinical practice.

KEY WORDS: Medical-Surgical Nursing; Basic Life Support; Health professionals; Specialist Nurse.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Abreviaturas

nº – Número

A23 - Autoestrada número 23

Acrónimos

ABCDE: **A** – Via aérea com estabilização cervical; **B** – Respiração; **C** – Circulação; **D** – Disfunção neurológica; **E** – Exposição.

ABC: **A** – Via Aérea; **B** – Respiração; **C** – Circulação.

ISBAR: **I** – Identificação; **S** – Situação; **B** – Background (antecedentes); **A** – Avaliação; **R** – Recomendação

Siglas

AHA – American Heart Association

ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

AO – Assistentes Operacionais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavioral Pain Scale

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CPR – Conselho Português de Ressuscitação

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral de Saúde

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica
Pessoa em Situação Crítica
EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna
EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica
ERC – European Resuscitation Council
HGO – Hospital Garcia de Orta
IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde
INEM – Instituto Nacional Emergência Médica
MRSA – Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus
MS – Ministério da Saúde
LASA – Look-alike, Sound-alike
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCR – Paragem Cardio-respiratória
PI – Projeto de Intervenção
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SE – Sala de Emergência
SIEM – Sistema Integrada de Emergência Médica
SIRESP – Sistema Integrado das Redes de Emergência e Segurança de Portugal
SIV – Suporte Imediato de Vida
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço de Urgência Básico
SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica
SUP – Serviço de Urgência Polivalente
SPTM – Sistema de Prioridades de Triagem de Manchester
SUVA – Serviço Urgência Verdes e Azuis
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TAT – Tripulante de Ambulância de Transporte
TEPH – Técnico de Emergência Pré-hospitalar
UC – Unidade Curricular
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UIMC – Unidade Internamento Médico Cirúrgico

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Tempos previstos de atendimento para as cores da prioridade clínica do protocolo da Triagem de Manchester (Font in: http://www.grupoportuguestriagem.pt)	21
---	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – SWOT: Diagnóstico de Situação (fonte: próprio)	37
Tabela 2 – Competências de Mestre nº 3 e de Enfermeiro Especialista Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (fonte: adaptado de Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)	45
Tabela 3 – Competências de Mestre nº 5 e de Enfermeiro Especialista Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (fonte: adaptado de Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)	49
Tabela 4 – Competências de Mestre nº 1 e de Enfermeiro Especialista Domínio da Gestão dos Cuidados (fonte: adaptado de Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)	53
Tabela 5 – Competências de Mestre nº 2 e nº 3 e de Enfermeiro Especialista Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (fonte: adaptado de Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)	56
Tabela 6 – Competência de mestre nº 4 e Competência Específica de Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica nº 1 (fonte: adaptado de Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)	58

Tabela 7 – Competência de mestre nº 4 e Competência Específica de Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica nº 2 (fonte: adaptado de Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)**65**

Tabela 8 – Competência de mestre nº 4 Competência Específica de Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica nº 3 (fonte: adaptado de Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)**68**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1- CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁDIO	18
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE	20
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE	24
2- PROJECTO DE INTERVENÇÃO	26
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	26
2.1.1. Modelo Socioprofissional de Patrícia Benner	27
2.1.2. Cuidados Especializados à Pessoa em Situação Crítica	30
2.1.3. Qualidade em Saúde e Segurança do Doente	32
2.2. CONTEXTO CLÍNICO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO	35
2.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	36
2.3.1 Objetivos	38
2.4. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO	39
2.4.1. População Alvo e Calendarização	40
2.4.2. Estratégias	40
2.4.3. Recursos	41
2.5. AVALIAÇÃO	41
2.6. ANÁLISE REFLEXIVA	42
2.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
3- ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	44
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	45
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM	58
CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
APÊNDICES	
Apêndice I. Projeto de Estágio	88
Apêndice II. Revisão Sistemática de Literatura: “Importância da Formação e treino em Suporte Básico de Vida”	112

Apêndice III. Cronograma	148
Apêndice IV. Diapositivos da sessão de formação	150
Apêndice V. Instrumento de avaliação SBV e SBV-DAE	171
Apêndice VI. Plano da sessão de formação	174
Apêndice VII. Folha de avaliação da ação	179
Apêndice VIII. Consentimento Informado	181
Apêndice IX. Revisão Integrativa “Conceptualização de Cuidados de Saúde em Situações de Exceção e Catástrofe - Controlo de Hemorragias”	185
Apêndice X. Poster “Conceptualização de Cuidados de Saúde em Situações de Exceção e Catástrofe - Controlo de Hemorragias”	196
ANEXOS	
Anexo I. Declaração do Docente Orientador	199
Anexo II. Certificado de Formador SBV-DAE	201
Anexo III. Autorização do Conselho de Administração da ULSNA	204
Anexo IV. Parecer do Concelho Técnico-Científico do Instituto Politécnico de Portalegre	207
Anexo V. Parecer do Enfermeiro Chefe, SUB Ponte Sor	209
Anexo VI. Parecer Enfermeiro Supervisor, ULSNA	211
Anexo VII. Certificado de Formação UFCD Liderança	213
Anexo VIII. Certificado de Participação no “I Congresso Nacional SIV”	215
Anexo IX. Certificado de Recertificação de Competências SAV/SIV	217
Anexo X. Certificado de Recertificação de Tripulante de Ambulância de Socorro	222
Anexo XI. Certificado de Recertificação de Competências Pedagógicas de Formador de Tripulante Ambulância de Transporte	225
Anexo XII. Certificado de Formação de Eletrocardiografia Essencial	227
Anexo XIII. Certificado de Formação de Eletrocardiografia Avançada	230
Anexo XIV. Certificado de Formação de Suporte Avançado de Vida	232
Anexo XV. Certificado de Formação de International Life Support Advanced	235

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular, Relatório, no contexto do Mestrado em Enfermagem, com área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente de Pessoa em Situação Crítica, pelo Instituto Politécnico de Portalegre em associação com a Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Castelo Branco e Instituto Politécnico de Setúbal, foi solicitada a elaboração de um relatório de estágio que descrevesse e refletisse não só o período de estágio final, mas também, todo o processo formativo.

Pretende-se, então, que este relatório de estágio seja uma análise crítica daquilo que foi todo o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do tempo com a consolidação de conhecimentos e consequente adoção de práticas baseadas em evidência, visando a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica, assim como, do Grau de Mestre em Enfermagem, após discussão e aprovação em provas de defesa pública.

O estágio realizou-se entre 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, no total de 336 horas, repartido entre o Serviço de Urgência Polivalente do Hospital Garcia de Orta (240 horas) e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Amato Lusitano da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (96 horas), sob a orientação pedagógica da Professora Mariana Pereira (anexo 1).

O percurso formativo foi suportado pelo quadro de referência que regula a profissão de enfermagem, nomeadamente, o Código Deontológico, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, os Regulamentos das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Como modelo teórico condutor do percurso de aprendizagem foi adotado o modelo de Patrícia Benner.

A realização do relatório teve por base o Projeto de Estágio (Apêndice I) onde foram definidos os objetivos, atividades e recursos para desenvolver as competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

Integrado no Projeto de Estágio, foi planeado um Projeto de Intervenção, cujo tema emergiu de um estudo na linha de investigação “Segurança e Qualidade de vida”, nomeadamente, na compreensão do domínio de competências em Suporte Básico de Vida como fator determinante na segurança do doente crítico. Assim, chegou-se então à problemática: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na capacitação dos Assistentes Operacionais na execução do algoritmo de Suporte Básico de Vida.

A realização do Projeto de Intervenção seguiu a metodologia de trabalho de projeto, que assenta na reflexão para identificação de problemas com base na melhor evidência científica e desenvolvimento de estratégias para a sua resolução (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Definiu-se como objetivo geral deste relatório: Refletir criticamente acerca do contributo do percurso académico, formativo e profissional no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica, assim como, do Grau de Mestre em Enfermagem.

Na génese da conceção deste relatório, foram considerados três objetivos específicos, nomeadamente:

- Descrever o contexto clínico de estágio, fundamentando a sua escolha;
- Apresentar o projeto de intervenção desenvolvido durante o período formativo de estágio, identificando cada uma das suas etapas;
- Analisar o processo de desenvolvimento e consolidação de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa em Situação Crítica.

Pelo exposto, este documento está organizado em três capítulos, sendo o primeiro dedicado à descrição do contexto clínico de estágio, caracterizando os serviços das Unidades de Saúde onde este decorreu, e as razões que sustentaram a sua escolha. No segundo capítulo será apresentado o projeto de intervenção, considerando o seu enquadramento teórico e as abordagens das temáticas que o suportaram conceptualmente. Seguidamente, e de acordo com a metodologia de projeto, o diagnóstico da situação, a definição dos objetivos, o planeamento das intervenções, os resultados e, por fim, a avaliação. No terceiro e último capítulo, será realizada a reflexão crítica sobre o percurso académico e a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica pessoa em situação crítica e do grau de mestre em enfermagem.

O relatório foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e das normas da American Psychological Association, 6ª edição. Foi concebido pelas diretrizes do guia orientador para elaboração do relatório da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO

O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente pessoa em situação crítica [EEEMCPSC], presta cuidados de enfermagem altamente qualificados e de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total (Ordem dos enfermeiros [OE], 2018a).

Os cuidados de enfermagem especializados devem, por isso, assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018a), sendo que o estudante, em estágio, deverá aplicar e desenvolver competências que lhe permitam alcançar esta meta.

O estágio é assim, fundamentalmente, um tempo de aplicação prática supervisionada e de consolidação de todos os conhecimentos teóricos adquiridos durante o percurso académico.

Os Serviços de Urgência são locais de entrada de doentes em situação complexa, muitas vezes com compromisso das suas funções vitais, contextos só por si de grande diversidade, que pressupõem um conjunto abrangente de conhecimentos na área da intervenção terapêutica perante as situações urgentes e emergentes, para as quais é elementar a prática profissional de excelência na resposta à pessoa em situação crítica. O enfermeiro no serviço de urgência (SU) é, constantemente, confrontado com situações limite, nas mais diversas dimensões, o que constitui um grande desafio às capacidades e qualidades pessoais de cada um. Sustentam a capacidade de reação profissional adequada, o conhecimento especializado, a capacidade de análise, o pensamento crítico, mas também, a autoconfiança, o autocontrolo, a flexibilidade, a vontade de fazer mais e melhor, a orientação para o serviço, o trabalho em equipa, a inovação e a capacidade de liderança.

A escolha de um Serviço de Urgência Polivalente [SUP] para realização do estágio assentou, por um lado, na elevada motivação pessoal para os cuidados de saúde de urgência/emergência, por outro, e sendo um Serviço de Urgência Básica [SUB] o local de exercício profissional regular, o estágio num SUP seria uma oportunidade e um privilégio para desenvolver competências, consequentes a uma prática supervisionada. Procurou-se um serviço que recebesse doentes com diagnósticos diferenciados, situado numa área geográfica de grande densidade populacional, que consequentemente permitisse contactar com uma elevada variedade de situações, contribuindo assim, para desenvolver um elevado número de aptidões e competências quer a nível técnico, quer a nível relacional.

No mesmo sentido, e procurando uma maior abrangência no que diz respeito às várias valências do cuidado ao doente crítico, o segundo momento do ensino clínico procurou-se que decorresse numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP], com intenção de contactar com o doente crítico num outro contexto, possibilitando também a consolidação das competências em técnicas de ventilação e técnicas dialíticas e consequentemente, competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica.

O ensino clínico constitui sempre um desafio para o estudante, sendo que a integração e o desenvolvimento de competências especializadas constituem as duas grandes bases para o sucesso do mesmo.

A integração num novo serviço e numa nova equipa remete o enfermeiro para um nível de enfermeiro iniciado/iniciado avançado. Pode ser considerado iniciado o enfermeiro que integra um novo serviço em que não conhece os doentes ou se os objetivos e aspetos inerentes aos cuidados não lhe for familiar (Benner, 2001). Segundo a mesma autora, é fundamental ajudar o enfermeiro iniciado a conhecer normas e princípios do serviço e a adquirir experiências práticas para desenvolver as suas competências. O enfermeiro iniciado avançado já fez frente a suficientes situações reais para notar fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas, o conhecimento que demonstra é mais abrangente, o que lhe permite agir de uma forma menos normativa ou rotinizada, no entanto, é preciso experiência para reconhecer esses aspetos em situação real (Benner, 2001).

1.1. Serviço de Urgência Polivalente

O Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta [HGO], em Almada, foi o local selecionado para o maior período de estágio. Trata-se de um serviço que integra as valências consideradas necessárias num SUP, de acordo o Despacho n.º 10319/2014 (Ministério da Saúde [MS], 2014), faz a assistência direta na urgência/emergência aos habitantes dos Concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra e tem responsabilidade complementar assistencial à população dos Hospitais da Península de Setúbal (HGO, 2018). Este SUP recebe ainda doentes neurocirúrgicos e trauma, mais exigentes, da região sul. Todas as sextas-feiras e nos primeiros fins-de-semana de cada mês, recebe doentes neurocríticos para trombectomia, numa parceria com os hospitais de Lisboa. O SUP do HGO, organiza-se em três valências: emergência pré-hospitalar; área de ambulatório; internamento Médico-Cirúrgico.

A atividade de emergência pré-hospitalar é suportada pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação [VMER] de Almada. A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar tripulado por um Médico e um Enfermeiro, que dispõe de equipamento para Suporte Avançado de Vida [SAV] em situações do foro médico ou traumatológico. Atua na dependência direta dos Centro de Orientação de Doentes Urgentes [CODU], mas tem base hospitalar, “funcionando como uma extensão do Serviço de Urgência à comunidade” (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2017).

A área de ambulatório divide-se em três sectores distintos e está localizado no piso 0. São eles, serviço de urgência verdes/azuis [SUVA], área de ambulatório e observação clínica. Engloba dois gabinetes de triagem, a sala de emergência [SE] com capacidade para dois doentes, sete salas de atendimento médico-cirúrgico e de outras especialidades, uma sala de pequena cirurgia com sala de desinfeção, duas salas de atendimento de enfermagem, uma sala aberta para doentes em maca que aguardam observação, três salas de espera (uma exterior e duas interiores), salas de apoio e arrumação, armazéns e instalações sanitárias. Dispõe ainda de um gabinete para assistente social e gabinete para realização de eletrocardiograma. Também neste piso estão localizados os serviços de radiologia, cardiologia de intervenção, bloco operatório e unidade de cuidados intensivos que se articulam com o serviço de urgência na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica.

A unidade de Internamento Médico-Cirúrgico [UIMC], localizada no piso 1, está orientada para cuidados a doentes que carecem de monitorização e cuidados específicos com vinte camas monitorizadas.

É comum que a taxa de ocupação desse serviço, em qualquer valência, seja sempre muito superior à sua capacidade, e que o internamento se prolongue, apesar da tentativa constante da gestão de vagas e/ou de resolução de casos sociais.

Após a admissão no SU, o encaminhamento do doente é feito de acordo com a queixa apresentada, a prioridade atribuída, o tipo de patologia e o grau de dependência.

De acordo com a Norma 002/2018 da Direção Geral da Saúde [DGS] (DGS, 2018a), está implementado no SUP, o sistema de triagem por prioridades, Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester [STPM], que permite, através da avaliação inicial do doente, com base na queixa e identificação de critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, estabelecer um nível de prioridade clínica, bem como a previsão do tempo para o atendimento médico. Este sistema tem a vantagem de poder ser aplicado em situações de catástrofe.

A utilização deste sistema classifica o utente numa de cinco categorias identificadas por um grau de prioridade, cor e tempo alvo até à primeira avaliação médica (figura 1).

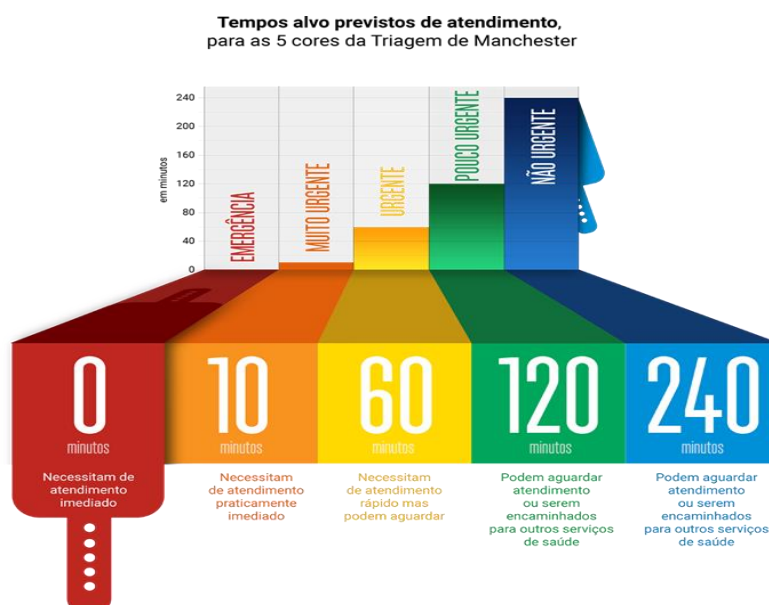


Figura 1 - Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester (fonte: Grupo Português de Triagem, 2015)

De acordo com o STPM, são encaminhados diretamente para a SE, doentes triados de vermelho, politraumatizados com prioridade laranja ou todos aqueles a que se verificar deterioração clínica desde o acidente, doentes acompanhados pela VMER, doentes com traumatismos provocados por arma branca ou de fogo, vias verdes coronária, sépsis e acidente vascular cerebral [AVC], deterioração clínica com eventual risco de vida como sejam score Glasgow <9 recente (após triagem), pressão arterial sistólica <90 mmHg e todos os doentes com frequência respiratória <10 ou >29 ciclos/minuto. Estão ainda salvaguardadas todas as situações que possam, pelas suas características, gerar preocupação ao enfermeiro que realiza a triagem, sem que este consiga materializá-las em prioridade elevada. A ativação da SE é efetuada pelo enfermeiro da triagem, que aciona na sala uma campainha de alarme audível em todo o serviço.

A SE do SUP está localizada, estrategicamente, junto à porta de entrada do SU, em frente às salas de triagem, dispõe de duas unidades equipadas com coluna de monitorização, ventilador, e material de abordagem de via aérea e circulação. Possui também dois desfibriladores, dois carros de emergência, um ventilador para ventilação não invasiva e material para imobilização e mobilização de politraumatizado.

A sala de emergência é verificada à entrada de turno, através de uma lista de verificação própria, pelo chefe de equipa, que fica sempre alocado a este posto de trabalho.

Ao nível dos **recursos humanos**, o serviço é composto por uma equipa de administrativos, equipa de assistentes operacionais, equipa médica e equipa de enfermagem. O SU dispõe também de um técnico de cardiopneumologia, em permanência 24 horas por dia, para realização de eletrocardiogramas.

A equipa de enfermagem é constituída por setenta e cinco enfermeiros, dos quais, um enfermeiro chefe e dois enfermeiros de coordenação que desempenham funções de gestão ou apoio à mesma, com um horário fixo. Os restantes estão divididos por quatro equipas, em horário rotativo na prestação de cuidados. A equipa tem onze enfermeiros especialistas, dez em enfermagem Médico-Cirúrgica [EMC] e um em enfermagem de Reabilitação.

O rácio de enfermeiros especialistas por equipa é inferior ao recomendado no despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, que recomenda um mínimo de 50% dos enfermeiros com competências específicas do Enfermeiro Especialista em

enfermagem à pessoa em situação crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros (MS, 2014).

Cada equipa tem três elementos fixos que assumem a função de chefe de equipa. Apesar de todos serem profissionais com muita experiência no serviço de urgência, nem todos são enfermeiros especialistas, como recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a).

O **método de trabalho** no SU é por posto de trabalho, o que corresponde a um método de trabalho individual. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores do SUP é da responsabilidade do chefe de equipa, e é realizada no início de cada turno, bem como a distribuição dos assistentes operacionais para o mesmo turno.

No turno da manhã (08:00 h – 16:30 h) estão escalados, habitualmente, catorze enfermeiros, no turno da tarde (16:00 h – 23:00 h) catorze enfermeiros e no turno da noite (22:30 h – 08:30 h) dez enfermeiros.

Os enfermeiros são distribuídos pelos seguintes postos: chefe de equipa, triagem (dois elementos, exceto no turno da noite onde fica habitualmente um), área de atendimento (três ou quatro elementos de acordo com o turno), balcão de pequena cirurgia e trauma (um dos elementos da área de atendimento), reanimação (chefe de equipa, um elemento da área de atendimento e um elemento da área de observação clínica), SUVA (um elemento no turno da manhã e da tarde), observação clínica (dois elementos) e UIMC (três a cinco elementos, dependendo da taxa de ocupação e do turno). Nos turnos da manhã e tarde um dos enfermeiros fica também distribuído, cumulativamente, para o Gabinete de Informações e Acompanhamento, ficando responsável por garantir as informações e acompanhamento de familiares e acompanhantes no serviço de urgência durante a hora da visita, bem como, pela articulação com outros profissionais da equipa, médicos e assistentes sociais. Esta distribuição fica aberta a possíveis alterações sempre que o chefe de equipa considerar necessário. De acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, é da responsabilidade do chefe de equipa assegurar a adequação dos recursos humanos às exigências do serviço, garantindo a qualidade e a segurança dos cuidados (OE, 2019a).

A passagem turno é realizada por posto de trabalho junto aos doentes. O chefe de equipa realiza a passagem de turno de todas as valências ao chefe de equipa seguinte, passando também por todos os postos de trabalho.

1.2. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente [UCIP] do hospital Amato Lusitano, da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, foi o segundo serviço de estágio selecionado. Está localizado no piso 4 daquele hospital, junto do bloco operatório e ao serviço central de Esterilização.

A UCIP recebe doentes de alto risco que necessitem de tratamentos complexos e de equipamentos de apoio de órgão (ventilação mecânica, hemodinâmica e diálise), provenientes do serviço de urgência, serviços de internamento, e/ou de outros hospitais. A taxa de ocupação é maioritariamente do Distrito de Castelo Branco.

A UCIP tem lotação de oito camas que se distribuem numa unidade aberta com temperatura e humedificação reguladas e luz natural. A área por unidade de doente é de aproximadamente 25m². Todas as camas têm suporte ventilatório, monitorização invasiva e não invasiva. Todos os monitores do Serviço estão ligados, através de uma rede informática estruturada, a uma central de monitorização, sediada no Posto de Enfermagem, cujo sistema permite visualização direta e contínua dos parâmetros de todos os doentes. Os registos clínicos do doente na UCIP são totalmente digitais (Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, 2019).

Os doentes admitidos são, essencialmente, do foro cardiovascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, com falência multiorgânica e pós-operatórios imediatos. Quanto às patologias mais comuns, são frequentes, a insuficiência respiratória global ou parcial, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica agudizada, doenças infecciosas do foro respiratório, insuficiência cardíaca, edema agudo do pulmão, falência multiorgânica, choque séptico e pós-operatório de cirurgia abdominal e hepatobiliar.

O hospital Amato Lusitano possui uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar [EEMI] constituída por um médico e um enfermeiro da UCIP, ativados telefonicamente, e que dispõem de monitor desfibrilhador e mala médica para intervenção em qualquer ponto do hospital.

Ao nível dos **recursos humanos**, o serviço é composto por uma equipa de administrativos, equipa de assistentes operacionais, equipa médica e equipa de enfermagem. A equipa de enfermagem da UCIP é constituída, para além do enfermeiro chefe, por vinte e três enfermeiros, sete enfermeiros especialistas sendo que, desses, quatro possuem especialidade em enfermagem médico cirúrgica. A

equipa realiza o horário por turnos e tem três elementos de horário fixo. A distribuição do número de elementos por turno é de quatro ou cinco enfermeiros de manhã, quatro enfermeiros no turno da tarde e três enfermeiros no período da noite.

Relativamente ao **método de trabalho**, a organização dos cuidados de enfermagem na UCIP segue os princípios do método individual de trabalho.

No início de cada turno, o chefe de equipa elabora um plano de trabalho que consiste na divisão dos doentes pelo número de enfermeiros que vão prestar cuidados. Quando existem vagas fica antecipadamente definido quem fará a próxima admissão. Na distribuição fica também escalado o enfermeiro da EEMI.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Associado ao Estágio do curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica, foi necessário diagnosticar, planejar, implementar e avaliar um Projeto de Intervenção [PI].

O Projeto de Intervenção seguiu a metodologia de trabalho de projeto. Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), este método pressupõe organização, por diferentes etapas, do diagnóstico da situação, planeamento, com estabelecimento de atividades e estratégias para responder aos objetivos, avaliação e divulgação dos resultados.

Este Projeto de Intervenção insere-se da linha de investigação ‘Segurança e Qualidade de vida’, estando alicerçado na problemática, ‘Intervenção de Qualidade em Suporte Básico de Vida - Capacitação de Equipas’.

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A enfermagem tem um conjunto de conhecimentos próprios e fundamentados, que são produzidos e renovados através da investigação contínua (OE, 2006). Segundo Benner (2001), ‘saber’ e ‘saber fazer’ constituem dois tipos diferentes de conhecimento. O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos fundados sobre a teoria. É a prática com base em referenciais teóricos e metodológicos que lhe confere visibilidade científica (Merino, Silva, Carvalho, Baldissera & Higarashi, 2018).

A teoria orienta a prática de enfermagem descrevendo, explicando ou prevendo determinados fenómenos (George, 2000). As teorias de enfermagem suportam a prática dos cuidados e variam de acordo com o seu nível de abstração e esfera de ação, sendo que quanto mais abstrata mais abrangente é a teoria, e quanto mais concreta mais específica se torna (Alligood, 2013). O conhecimento necessário à prática em sistemas de saúde exige que os enfermeiros estruturem o

processo de pensamento, sendo que as filosofias, teorias e modelos fornecem esse tipo de estrutura (Alligood, 2013).

No âmbito dos metaparadigmas de enfermagem, Benner e Wrubel (1989) identificaram e definiram quatro conceitos centrais que se interligam. A Pessoa, como um Ser auto-interpretante, que se vai construindo ao longo da vida inserido num ambiente; O Ambiente, definido como a situação em que a pessoa se encontra e que implica significância relevante para a própria; A Saúde, como experiência humana holística, não apenas a ausência de doença, mas entendida como o bem-estar global; E a Enfermagem, relação assente no ato de cuidar, conduzido pela ética e moral.

Segundo a OE (2012), e relativamente aos mesmos conceitos, a pessoa é definida como ser social, único e com autodeterminação e dignidade própria. Os seus comportamentos individuais são influenciados pela interação com o ambiente em que vive e a sua ação baseia-se em crenças, valores e desejos individuais. A Ordem dos enfermeiros refere que o ambiente é composto por “elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam os estilos de vida e se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2012:9). A saúde é um estado subjetivo, dinâmico e individual, entendido como a “representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual” (OE, 2012:8). Neste sentido, os cuidados de enfermagem têm como foco a promoção de projetos de saúde individuais, com respeito pelos valores, crenças e desejos (OE, 2012).

2.1.1. Modelo Socioprofissional de Patrícia Benner

Baseada no modelo de competências de Dreyfus, Benner desenvolveu uma investigação assente na observação da prática clínica de enfermeiros e classificou-os em cinco categorias que traduzem o nível de competência para a prestação de cuidados: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

- Principiante – não tem experiência, pelo que têm que lhe ser descritas situações objetivas, regras e normas para orientar o seu desempenho na aquisição de competências. Estas regras impõem um comportamento extremamente limitado e rígido. Age independentemente do contexto.

- Principiante avançado – Consegue demonstrar um desempenho aceitável, uma vez que já vivenciou algumas situações em número suficiente para

identificar os aspetos subjetivos semelhantes, ou seja, reconhece o contexto das experiências que já vivenciou. Nesta fase o enfermeiro sente-se responsável pela gestão de cuidados, mas ainda faz uma leitura parcelar do contexto e facilmente descarta os pormenores. Tem dificuldade em estabelecer prioridades.

- Competente – Desenvolve as suas intervenções de forma estruturada e de acordo com os objetivos que pretende atingir. Planeia as intervenções fazendo uma análise consciente e intencional do contexto. Gere o tempo e a organização de tarefas em função das necessidades dos doentes. Determina algumas prioridades. No entanto ainda não desenvolveu flexibilidade e capacidade de decisão e reação que certas situações implicam pelo seu nível de complexidade.

- Proficiente – Pela sua experiência prévia tem capacidade de perceber a situação globalmente e não de forma fragmentada. Esta compreensão melhora o processo de decisão. Consegue estabelecer prioridades e implementar respostas de acordo com a evolução da situação e de um certo domínio intuitivo do contexto, que se baseia na experiência anterior. Demonstra confiança e tem um maior envolvimento com o doente e família. No entanto, perante uma situação nova ou mais complexa nem sempre tem capacidade de adaptação.

- Perito – A perícia desenvolve-se ao longo do tempo e é uma prática intuitiva em vez de uma prática racional, que só se desenvolve quando os conceitos teóricos se incorporam através do conhecimento prático pela experiência em situações reais. O perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estereis” (Benner, 2001:58).

Constituem a perícia em enfermagem o domínio clínico, a prática baseada na investigação e o “know-how” que permite uma visão global e capacidade de antecipação (Nunes, 2010).

A autora identificou trinta e uma competências e agrupou-as em domínios: o papel de ajuda, a função de ensino-coaching, a função de diagnóstico e monitorização da pessoa, a gestão eficaz de situações em rápida mudança, a administração e monitorização de intervenções e regimes terapêuticos, a monitorização e garantia da qualidade das práticas dos cuidados de saúde e as competências organizacionais (Benner, 2001).

- Domínio do papel de ajuda – inclui competências relacionadas com a cura e o conforto.

- Domínio da função de ensino-coaching – contempla a preparação da pessoa para aprender, motivando as mudanças necessárias e negociando objetivos para alterações aos estilos de vida.
- Domínio da função de diagnóstico e monitorização da pessoa – implica competências em avaliação contínua e antecipação de resultados.
- Domínio da gestão eficaz de situações em rápida mudança – incluem-se não só a capacidade de agir, mas também a capacidade de gestão dos recursos em situações críticas.
- Domínio da monitorização de intervenções e regimes terapêuticos – fazem parte deste domínio as competências relacionadas com a prevenção de complicações durante administração de terapêutica, tratamento de feridas e hospitalização.
- Domínio da monitorização e garantia da qualidade – agrupa gestão de risco e melhoria contínua da qualidade, interligação com outros profissionais, autoavaliação e gestão de equipamentos e tecnologias.
- Domínio organizacional – inclui competências no estabelecimento de prioridades, formação de equipas, coordenação e continuidade dos cuidados. (Benner, 2001)

Aplicáveis à prática clínica em cuidados críticos e agudos, Benner, Stannard & Kyriakidis (2011), identificam seis aspetos do juízo clínico e comportamento perito:

- Raciocínio em transição – pensamento em ação exigido em dada situação que evolui ao longo do tempo;
- Conhecimento qualificado – conhecimento intuitivo, baseado na prática é a capacidade de ler uma situação e responder proactivamente às necessidades em mudança;
- ‘Agency’ – capacidade de influenciar determinada situação;
- Perícia percetiva e envolvimento – compreensão ajustada da situação através do envolvimento emocional com o problema e envolvimento interpessoal com a pessoa e família;
- Raciocínio ético – prática clínica apoiada em princípios éticos com perspetiva em resultados vantajosos para a pessoa e família.

O trabalho de Benner é reconhecido como sendo de fácil aplicação na enfermagem em geral, na prática avançada, nos cuidados críticos e agudos, e na educação em enfermagem, uma vez que parte do desenvolvimento da perícia

perceptiva, do julgamento clínico, do conhecimento prático qualificado, comportamento ético e experiência (Alligood, 2013).

O Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional de Patrícia Benner – De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem, adequa-se não só no enquadramento e reflexão do trabalho desenvolvido em estágio, mas também, no contexto do Projeto de Intervenção, atribuindo ao enfermeiro especialista competências de ensino-‘coaching’, monitorização e garantia da qualidade, e competência organizacional que lhe permitem, baseado na melhor evidência, intervir na aquisição de competências de outros profissionais.

Os pressupostos do modelo de Benner evidenciam a importância do papel do enfermeiro especialista como promotor da aprendizagem.

2.1.2. Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica

Face à evolução nos sistemas de saúde, a aquisição e desenvolvimento de competências é impreterível para o enfermeiro, seja qual for a sua área de intervenção. A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, devido à sua complexidade, e constante evolução da evidência científica, necessita de uma série de competências e domínios aplicáveis na prática, de forma a estruturar as intervenções adequadas, assentes na capacidade de reação, assertividade, eficácia e discernimento, mesmo nas situações mais delicadas. Para desenvolver competências nesta área, é necessário mobilizar conhecimentos teórico-práticos de forma recorrente, visando a prestação de cuidados ao doente, com recurso a equipamento técnico eficaz e capaz de manter as funções vitais (Catalão & Gaspar, 2017).

Os comportamentos profissionais inerentes à prática de urgência/emergência, consistem na aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade ascendente e descendente, comunicação, autonomia e relações de colaboração multidisciplinares (Pontes, 2008).

Na sociedade atual, as patologias cardiovasculares destacam-se entre todo o universo de doenças que atingem as gerações atuais e eventualmente as vindouras, até que a ciência possibilite uma ação preventiva eficiente sobre o funcionamento e envelhecimento de todo o sistema cardiovascular. Certo é, que até esse momento, continuaremos a assistir a um número elevadíssimo de casos de

morte súbita. Em 2012, a taxa de mortalidade prematura (%) antes dos 70 anos de idade foi de 22,8%. Prevê-se que este indicador, em 2020, ronde a taxa previsível entre os 20,5 e os 22%. O plano nacional de saúde define como meta reduzir progressivamente a taxa de mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%. (DGS, 2015a)

Segundo a DGS (2015a), a meta a atingir em 2020 alinha-se ao acordo nacional na resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% da mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas).

A paragem cardio-respiratória [PCR] apresenta-se como das mais relevantes situações em contexto de urgência/emergência, cuja ação multidisciplinar é preponderante, carecendo, de um apurado domínio e o treino de competências, quer de suporte básico de vida [SBV], quer de SAV.

Na situação de PCR intra-hospitalar a divisão entre SBV e SAV é arbitrária, uma vez que a reanimação é um continuum de ações coordenadas, esperando-se que os profissionais iniciem a reanimação, garantindo que todas as PCR são assistidas com segurança e conhecimento (Catalão & Gaspar, 2017). Neste sentido, INEM (2011) refere que, o processo de reanimação tem que garantir que em todas as situações é assegurado o SBV com os adjuvantes da via aérea, desfibrilhação e o SAV. Pressupõe-se que, em contexto intra-hospitalar a PCR é reconhecida de imediato, o pedido de ajuda é realizado seguindo o algoritmo da instituição, e as manobras de SBV são iniciadas o mais precocemente possível, com acesso à desfibrilhação em menos de 3 minutos (Conselho Português de Ressuscitação [CPR], 2010).

Nesta perspetiva, é essencial formação prévia em suporte básico de vida a todos os profissionais das unidades de saúde, clínicos e não clínicos, “de modo a promover a complementaridade, transdisciplinaridade, qualidade e segurança na resolução dos problemas do cliente” (OE, 2009: 4).

A assistência à pessoa em PCR envolve a necessidade de avanços no conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados prestados, bem como, exige um aperfeiçoamento da atuação da equipa multidisciplinar, com a valorização dos diversos saberes e levantamento das dificuldades na atuação (Catalão, 2005).

O CPR, para além de vincular os protocolos mais recentes e tecnicamente recomendados para a assistência a vítimas de PCR, recomenda a formação dos profissionais de saúde nesta área técnica (Catalão & Gaspar, 2017).

A American Heart Association [AHA] reforça a importância da formação nesta área ao incluir o treino de SBV nas suas diretrizes desde 2000 e diz-nos que tanto o treino de RCP como da desfibrilhação automática externa devem abranger todos os setores das profissões de saúde (AHA, 2015).

2.1.3. Qualidade em Saúde e Segurança do Doente

A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS], para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes. A OMS recomenda inclusive, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes (DGS, 2015b).

Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, remete para a melhoria da segurança na prestação de cuidados de saúde, em todos os níveis de prevenção, com ações como a cultura da segurança, a partilha do conhecimento e da informação, com ações dirigidas a problemas específicos, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2015b). De acordo com o objetivo estratégico 1, do mesmo Plano, “os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição”, responsáveis também pelos padrões de qualidade da mesma (DGS, 2015b).

A forma como as organizações hospitalares conduzem os seus processos de gestão com intuito de rentabilizar recursos e alcançar resultados, contempla a quantidade e especialidade dos recursos humanos que compõem as equipas multiprofissionais e a forma como o processo de trabalho se desenvolve (Santos & Silva, 2012). Pinho (2006), considera que os conceitos de qualidade e integralidade da assistência são fatores responsáveis pela alteração das interações profissionais, o que releva a importância do trabalho em equipa. Neste contexto, e de acordo com o mesmo autor, o trabalho em equipa surge como estratégia para redesenhar o trabalho em saúde e promover a qualidade dos serviços, em que os profissionais de saúde assumem a necessidade das diferentes contribuições no cuidado ao doente de forma eficiente e eficaz. Segundo Bem (2013), a complementaridade, a

articulação interprofissional, as relações entre os profissionais, a formação, e a comunicação são condições imprescindíveis para que o trabalho em equipa se desenvolva adequadamente.

Os Serviços de Urgência são um extraordinário exemplo deste necessário trabalho em equipa, conjugado com um atual conhecimento científico, domínio de habilidades técnicas, rapidez, eficiência.

No âmbito dos serviços de urgência, a existência de equipas de reanimação devidamente preparadas, são há uns anos a esta parte, um pilar fundamental para a qualidade da assistência prestada e da segurança do doente. A dimensão e dinâmicas destas equipas de reanimação, são naturalmente variáveis, obviamente condizentes com a categorização do SU em referência.

Aehlert (2007) refere que o tamanho de uma equipa de reanimação e as competências de cada elemento da equipa variam. Algumas ações podem ser realizadas por profissionais de saúde apenas com formação em Suporte Básico de Vida, enquanto outras exigem formação em Suporte Avançado de Vida.

O Despacho n.º 10319/2014 de 1 de agosto, determinou a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica [SIEM] ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência, bem como estabeleceu padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. No mesmo Despacho e ao nível da reestruturação da rede de urgência, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência [CRRNEU] recomendou a manutenção ou implementação de SU em locais de reduzida densidade de residentes e casuística, pela distância a que permanecem de outros SU e pela necessidade de garantia de acesso em menos de 60 minutos a qualquer ponto da mesma rede. Neste sentido, é reconhecido e valorizado o papel dos Serviços de Urgência Básicos como estruturas dotadas de capacidade de resposta para a avaliação e estabilização inicial do doente urgente (MS, 2014).

No artigo 3º, os SUB são considerados “o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência”. No entanto, enquanto Serviços de Urgência, integram também um nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade que exijam

cuidados diferenciados sempre que o Sistema de Emergência Médica Pré - hospitalar não tenha condições para assegurar o transporte direto seguro para esse nível de responsabilidade de SU mais elevado, ou quando o doente se dirija diretamente aos SUB (MS, 2014).

Para garantia e operacionalização da receção e estabilização do doente urgente/emergente está definido que, ao nível dos recursos mínimos, os SUB devem dispor de recursos humanos com formação adequada: 2 médicos e 2 enfermeiros em presença física, Técnico(s) de Diagnóstico e Terapêutica de acordo com a diversidade dos exames disponíveis, um Assistente Operacional [AO] com funções de auxiliar de ação médica e um Assistente Técnico, por equipa (MS, 2014).

Definiu-se também que alocado ao SUB fica uma ambulância de suporte imediato de vida [SIV], com o propósito de garantir, em meio extra-hospitalar, “cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida” (INEM, 2017). Este meio é ativável apenas pelo CODU do INEM, mas a gestão é integrada, sendo que o elemento de enfermagem para além da atividade pré-hospitalar presta cuidados no Serviço de Urgência (MS, 2014).

Considerando a contextualização apresentada nos parágrafos anteriores, conclui-se que os SUB são, em muitos distritos do território nacional, o primeiro serviço de resposta a situações de risco imediato de vida. O Distrito de Portalegre é exemplo desta dinâmica, apresentando a Unidade de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], um serviço de urgência médico-cirúrgica [SUMC], em Portalegre (Hospital Dr. José Maria Grande) e dois SUB, localizados em Elvas (Hospital de Santa Luzia) e em Ponte de Sor. Dispõe ainda de três meios INEM, nomeadamente duas ambulância SIV, sediadas nos respetivos SUB e uma VMER sediada no SUMC.

Acolhendo as sugestões e propostas da CPRRNEU, o Ministério da Saúde (2014), vincula os Conselhos de Administração dos Hospitais na promoção da formação dos diferentes profissionais, médicos, enfermeiros técnicos e demais operacionais, deixando claro que mesmo os profissionais não clínicos podem assumir um papel relevante no âmbito da qualidade em saúde e segurança do doente. Inclusive, no que respeita á formação e currículo dos profissionais de atendimento da Rede nos SUB, no SUMC e no SUP, a alínea C do ponto 2 do artigo 21º do Despacho nº 10319/2014 de 11 agosto, refere que os Assistentes

Operacionais devem obrigatoriamente ter validadas as competências em Suporte Básico de Vida.

Considerando o enfermeiro especialista como agente facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, com competências na colaboração e gestão de projetos e programas relacionados com a melhoria contínua da qualidade (OE, 2019a), visualizou-se como oportunidade, retribuir a aprendizagem inerente ao processo formativo deste Curso de Mestrado em Enfermagem, com a realização do Projeto de Intervenção, num Serviço de Urgência Básica, em específico no SUB de Ponte de Sor.

A estratégia deste Projeto de Intervenção visou assim contribuir para a melhoria das competências dos Assistentes Operacionais na execução do algoritmo de Suporte Básico de Vida, cumprindo-se por um lado, o imperativo legal referido, promovendo-se o aumento da cultura de segurança na instituição de saúde, por outro, melhorando-se a qualidade da assistência e a segurança do doente crítico.

Assumiu-se ainda um dos eixos estratégicos do atual Plano Nacional de Saúde, cidadania em saúde, que para além do empoderamento do cidadão, vislumbra “o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de cidadania em saúde”, optando-se, portanto, por enriquecer as competências dos Assistentes Operacionais com formação na área do SBV com DAE [desfibrilhador automático externo] (DGS, 2015a).

2.2. CONTEXTO CLÍNICO

O Serviço de Urgência Básica de Ponte de Sor, tal como outros serviços de urgência, está organizado em áreas, neste caso, apresenta um espaço de admissão e registo; sala de triagem de prioridades; salas de espera adultos e pediátrica; sala de emergência para doente crítico (permitindo o suporte avançado de vida); sala de tratamento; sala de curta permanência e observação clínica designada por balcão 1; sala de pequena cirurgia; salas de apoio; espaço de armazém; sala de limpos e sujos; e base da Equipa SIV.

A equipa de enfermagem é composta por catorze enfermeiros, oito dos quais integram também o meio pré-hospitalar (ambulância SIV). Existem dois enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, um enfermeiro especialista em saúde comunitária e um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. A equipa de assistentes operacionais é composta por seis elementos. Diariamente, a

equipa multidisciplinar do SUB é composta por dois médicos em presença física, dois enfermeiros, um técnico de radiologia, em presença física no turno da manhã e da tarde, e de prevenção no turno da noite, um assistente operacional com funções de auxiliar de ação médica e um assistente técnico administrativo. Integram ainda a equipa os dois elementos da ambulância SIV, nomeadamente, um enfermeiro com formação específica e um técnico de emergência pré-hospitalar [TEPH].

O método de trabalho no SUB é por posto de trabalho, método de trabalho individual. A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores do SUB é da responsabilidade do enfermeiro responsável de turno. Todos os enfermeiros cumprem o horário de trabalho por turnos e ficam distribuídos três ou quatro enfermeiros no turno de manhã, três enfermeiros nos turnos de tarde e noite, numa distribuição funcional de um enfermeiro na triagem, um (no mínimo) enfermeiro na área de observação, tratamento e terapêutica e um enfermeiro na ambulância SIV.

2.3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Tendo por base a conceitualização anteriormente descrita e com o objetivo de uma adequada perceção relativamente às competências para realização de manobras de SBV entre os Assistentes Operacionais do SUB de Ponte de Sor, após garantidos os procedimentos administrativos e éticos obrigatórios (descritos no ponto 2.7), foi efetuada uma análise ao diagnóstico de necessidades formativas do plano de formação deste SUB, concluindo-se existirem fragilidades na formação nesta área, nenhum dos Assistentes Operacionais tinha, à data, formação atualizada em SBV.

Foi realizada uma Revisão Sistemática de Literatura acerca da importância da Formação e treino em SBV (apêndice II) como determinante de melhoria de desempenho dos profissionais de saúde na realização de manobras de reanimação, que permitiu verificar a pertinência do projeto.

Para a realização da revisão foram utilizados os motores de busca EBSCO Host Web e Biblioteca do Conhecimento Online. Os artigos selecionados cumprem o intervalo temporal entre janeiro de 2015 e janeiro de 2020. Como estratégia de seleção limitou-se a pesquisa a texto integral disponível em inglês ou espanhol, artigos obtidos de fontes primárias com os descritores validados no DeCS, pesquisados no Abstrat. Para a elaboração desta revisão foi seguido o desenho

metodológico do Joanna Briggs Institute, utilizando a metodologia PICOD para formulação da questão de partida: Qual o impacto da formação e treino em suporte básico de vida no desempenho dos profissionais de saúde em reanimação?

Os achados sistematizados na revisão foram convergentes quanto à influência da formação e treino em suporte básico de vida no desempenho dos profissionais. O desempenho dos profissionais de saúde em reanimação melhora após a formação e treino em todos os grupos profissionais. Todos os autores se referem à formação prévia em suporte básico de vida como fator preditivo de melhor desempenho. Outro fator identificado em vários estudos como condicionante de bom desempenho é a experiência profissional, nomeadamente o contato com situações reais, como sendo os profissionais que trabalham em urgência ou emergência. A prática simulada é motivante e melhora atitudes e confiança face à reanimação.

Foi possível concluir-se que a formação e o treino em suporte básico de vida influenciam diretamente o desempenho dos profissionais de saúde em reanimação. O treino sistemático e regular em suporte básico de vida é essencial para assimilação de conhecimentos teóricos em profissionais de saúde e em leigos. É da responsabilidade das instituições de saúde e dos próprios profissionais criarem estratégias para se manterem atualizados e fazer convergir esforços para a uma formação continua efetiva e de qualidade da equipa multidisciplinar que assiste o doente crítico.

Como ferramenta de gestão do problema identificado utilizou-se a análise SWOT (**S**trengths; **W**eakness; **O**pportunities; **T**hreats) (Tabela 1), uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, para a elaboração de diagnósticos e na análise organizacional (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Esta técnica permite reconhecer tendências nos serviços de saúde e também identificar oportunidades, bem como ameaças associadas a determinada situação (Schober, 2017).

STRENGTHS (PONTOS FORTES)	WEAKNESS (PONTOS FRACOS)
A evidência científica mostra que a formação e treino em SBV melhora o desempenho dos profissionais em reanimação;	Equipa de Assistentes Operacionais sem certificação ou formação atualizada em SBV
A aquisição de competências em reanimação melhora a qualidade dos cuidados e a segurança do doente crítico;	Não priorização do problema identificado;

STRENGTHS (PONTOS FORTES)	WEAKNESS (PONTOS FRACOS)
Cumprimento legal relativamente à formação exigida ao grupo profissional selecionado;	Equipa de Assistentes Operacionais com tamanho reduzido;
Possibilidade de inclusão da ação como sessão de formação em serviço;	-----
Formador certificado pelas entidades competentes para realização da ação;	-----
OPPORTUNITIES (OPORTUNIDADES DE MELHORIA)	THREATS (CONSTRANGIMENTOS)
Possibilidade de contribuir para aumento da cultura de segurança, em conformidade com Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020;	Implementação do projeto fora do campo de estágio;
Valorização profissional dos Assistentes Operacionais pelo aumento de competências em SBV e SBV-DAE;	Risco de não aprovação do projeto pelo Conselho de Administração;
Crescimento pessoal e motivação na integração da equipa multiprofissional;	Dificuldade na gestão de horários para realização da sessão de formação pelo número reduzido de pessoas que a constituem;
Certificação pelo departamento de formação da instituição;	Aproximação de época festiva com férias e feriados que poderá levar ao adiamento da sessão;

Tabela 1 – SWOT: Diagnóstico de Situação (fonte: próprio)

O diagnóstico de situação foi analisado com a enfermeira chefe daquele serviço, com a docente orientadora e com a supervisora clínica do SUP, e concluiu-se ser de todo o interesse a implementação do Projeto de Intervenção direcionado aos Assistentes Operacionais, sustentado no princípio que “A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde” (DGS 2015b:3).

2.3.1. Objetivos

Através da definição de objetivos, ditam-se condições, encaminham-se resultados e permite-se a avaliação dos efeitos. Os objetivos são definidos de acordo com as necessidades identificadas aquando do diagnóstico. Incluem vários níveis que vão desde o geral ao mais específico (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

O Projeto de Intervenção teve como objetivo geral, habilitar os Assistentes Operacionais do SUB de Ponte de Sor, na execução do algoritmo de SBV.

Enquadrado no objetivo geral, assumiram-se como objetivos específicos:

- Formar 90% dos Assistentes Operacionais do SUB de Ponte de Sor em SBV e SBV-DAE;
- Certificar 80% dos Assistentes Operacionais, enquanto operacionais SBV-DAE.

2.4. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

Com base nos objetivos previamente definidos e atendendo aos achados da revisão sistemática, procurou-se o melhor suporte para o desenvolvimento da ação com os assistentes operacionais, sendo que, para que o processo de formação resulte, é indispensável adequá-lo e adaptá-lo às necessidades dos intervenientes e em função dos resultados que esperam.

Encontram-se na andragogia as bases metodológicas para educação de adultos, podendo esta ser desenvolvida na enfermagem e neste contexto particular. Os adultos para aprender necessitam de motivação para desenvolver uma nova competência, e são apenas disponíveis para aprender o que sentem que precisam saber. Focando-se numa participação ativa, os adultos necessitam de usar as suas competências para que, desta forma, entendam a pertinência das mesmas, uma vez que os adultos aprendem fazendo. Centrando-se em problemas reais, a formação da pessoa adulta permite identificar falhas e desenvolver atividades práticas de forma a ensinar competências específicas, atingindo assim os seus objetivos (Saupe, Yoshioka & Arruda, 1998).

Nesse sentido, Escobar (2017), evidencia a necessidade de estabelecer métodos de instrução mais eficazes, onde o uso de cenários clínicos simulados pode ser uma ferramenta útil para melhorar a aprendizagem.

Gonzalez, Albraldes & Andelo (1996) defendem que existem dois métodos para que os profissionais adquiram conhecimentos sobre SBV, um é a realização frequente de técnicas de reanimação e outro a realização de cursos específicos sobre o tema.

O treino de habilidades específicas é fundamental, mas é na resolução de cenários completos e complexos, em ambiente de simulação, que são consolidados saberes e se desenvolvem capacidades de raciocínio crítico e tomada de decisão, assim como, competências técnicas, relacionais e éticas (Martins, Mazzo, Baptista, Coutinho, Godoy, Mendes, & Trevizan, 2012). Segundo Abolfotouh, Alnasser, Berhanu, Al-Turaif, & Alfayez (2017) o treino de Suporte Básico de Vida e o uso de

Desfibrilhador Automático Externo, são componentes fundamentais em todos os cursos de suporte de vida. Para completar com sucesso um curso de SBV, o formado deve aliar habilidades psicomotoras aos conhecimentos necessários para a prática das manobras de SBV. Os mesmos autores defendem que os cursos de suporte básico de vida têm um impacto direto nas habilidades e conhecimentos dos profissionais de saúde; e que o treino sistemático é essencial para assimilação de conhecimentos teóricos e desempenho em relação ao SBV e ao uso de DAE.

Assim, planeou-se a intervenção centrada no modelo de curso/workshop de Suporte Básico de Vida com DAE.

2.4.1. População Alvo e Calendarização

A população alvo deste projeto foi a equipa de Assistentes Operacionais com função de auxiliares de ação médica do SUB de Ponte de Sor.

Tendo em conta as características da equipa de Assistentes Operacionais e o tipo de horário por eles praticado, 'roulement', houve necessidade de articular com a enfermeira chefe do SU um dia em que fosse possível ter na ação todos os Assistentes Operacionais, pelo que a ação, programada em cronograma (apêndice III) para decorrer entre a 2ª e a 3ª semanas de dezembro, teve lugar no dia 23 de janeiro de 2020.

2.4.2. Estratégias

Considerando o suporte teórico de revisão sistemática, suportado também pela experiência didática enquanto Formadora em SBV-DAE (anexo II) certificada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica e pela Escola Nacional de Bombeiros, optou-se pela conjugação do método expositivo, através da apresentação de diapositivos em Microsoft Power Point® (apêndice IV), demonstrativo, ativo e interrogativo, com uma forte componente de prática simulada, tendo como base as guidelines do European Resuscitation Council [ERC] de 2015 (Greif, Lockey, Conaghan, Lippert, De Vries & Monsieurs, 2015), e com recurso ao método dos '4 passos'. Este método de desenvolvimento de competências práticas materializa-se da seguinte forma:

- 1º passo – O Formador executa
- 2.º passo – O Formador executa explicando
- 3.º passo – O Formador executa sob orientação dos formandos

4.º passo – Um dos formandos executa.

Para o cumprimento dos objetivos, a ação foi composta por dois módulos teórico-práticos, com a duração de sete horas. Por último, procedeu-se à avaliação do desempenho e validação das competências em SBV e SBV-DAE dos formandos, num cenário de PCR através de exercícios de prática simulada. Foram utilizadas como instrumento de avaliação as listas de verificação de procedimentos (apêndice V) elaboradas de acordo com as recomendações do ERC referentes às guidelines de SBV de 2015. Em anexo encontra-se o Plano de Sessão da ação (apêndice VI) com metodologia pormenorizada.

2.4.3. Recursos

Foram providenciados todos os recursos necessários ao adequado desenvolvimento da ação, nomeadamente: computador; projetor multimédia; tela de projeção; manequim SBV adulto; máscara de bolso com válvula unidirecional; DAE de treino, com conjunto de lâmina de barbear, toalhetes com álcool; compressas e elétrodos de treino.

Da ação, resultou a elaboração e preenchimento de um dossier técnico-pedagógico que posteriormente foi entregue ao departamento de formação da ULSNA, uma vez que a ação foi contemplada no âmbito da formação em serviço do SUB.

2.5. AVALIAÇÃO

O propósito da avaliação no processo formativo é recolher informações sobre as consequências da ação formativa para decidir a sua eficiência. Focando-se nos objetivos previamente estabelecidos, os responsáveis estabelecem mecanismos de avaliação para decidir se as ações de formação impulsionaram transformações e se a transferência dessas transformações para a organização ocorreu de forma positiva (Chiavenato, 2005).

Neste domínio há que distinguir a avaliação de competências dos formados e a avaliação da ação em si mesma. Para tal, recorreu-se por um lado, às grelhas de avaliação de competências, como instrumento de apoio ao formador na avaliação da prática das manobras, por outro, com recurso a um questionário de avaliação da ação (apêndice VII), para medir o grau de satisfação dos formandos referentes à ação e ao desempenho do formador.

Em matéria de resultados obtidos, foram atingidos e ultrapassados os dois objetivos específicos, tendo sido possível desenvolver competências em SBV e SBV-DAE a 100% dos Assistentes Operacionais do SUB de Ponte de Sor, favorecendo-se assim a sua integração funcional na equipa em contexto de PCR. Da mesma forma conseguiu-se que 100% dos Assistentes Operacionais, sejam certificados com competência de SBV e SBV-DAE, pelo departamento de formação da ULSNA.

A equipa de assistentes operacionais encontrava-se francamente motivada com o projeto. A sessão de workshop foi realizada com a duração programada com participação de toda a equipa. De acordo com os resultados obtidos, avaliação da reação, e observações dos Assistentes Operacionais, a ação pode ser pautada como 'muito bom'.

2.6. ANÁLISE REFLEXIVA

A revisão sistemática realizada propôs-se identificar o impacto da formação e treino em Suporte Básico de Vida, no desempenho dos profissionais de saúde, perante ocorrências de PCR. Após todo o percurso de revisão, pode concluir-se que tanto as organizações, como os profissionais de saúde, devem estar envolvidos e empenhados para garantir a aquisição de competências de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida, favorecendo a resposta eficiente perante situações de PCR.

Para que um qualquer processo de formação em serviço seja catapultado a um nível de sucesso relevante, com o consequente efeito nas práticas dos profissionais que dele beneficiam, terá, segundo Dias (2004), que ser ponderadamente pensado e negociado quanto às metas que se pretendem atingir, aos objetivos dos formadores, da unidade e da instituição que sustenta esses profissionais. A formação contínua e a aprendizagem resultantes das experiências de trabalho (na qual se inclui a formação em serviço) são os pilares que sustentam o crescimento pessoal e profissional (Pereira, 1994).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, sustentado na evidência científica e com experiência profissional no cuidado ao doente crítico, tem o dever de intervir ativamente no seu processo de formação e no dos seus pares, uma vez que se encontra capacitado para tal.

Após a implementação do Projeto de Intervenção fica claro que a formação em SBV pode e deve ser amplamente alargada a todos, como ferramenta de aquisição de competências no desempenho de funções profissionais e na vida em sociedade.

A avaliação realizada resulta na aquisição e melhoria de competências após a prática simulada, tal como a literatura referia, contribuindo para a segurança pretendida na gestão dos cuidados e nos indicadores de qualidade relativos ao atendimento de emergência.

2.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para implementação do Projeto de Intervenção no SUB de Ponte de Sor foi necessária autorização ao conselho de administração da ULSNA uma vez que o projeto não foi desenvolvido no campo de estágio curricular. O parecer foi favorável e o pedido autorizado (anexo III). O projeto foi ainda submetido ao parecer da Conselho Técnico-Científico do Instituto Politécnico de Portalegre, resultando também num parecer favorável (anexo IV).

Uma vez que se pretendia também, que a ação, fosse contemplada no âmbito da formação em serviço da ULSNA, para posterior certificação dos profissionais, houve necessidade de parecer da enfermeira chefe do serviço (anexo IV) e do enfermeiro supervisor responsável pela formação (anexo VI).

Assumiu-se a preservação do sigilo e anonimato relativamente aos participantes, tendo sido entregue a todos os assistentes operacionais um documento contendo as informações e elementos essenciais à sua participação, permitindo avaliar as consequências da sua participação. Assim, resultou dessa comunicação um consentimento informado (Peixoto, 2020) que foi devidamente assinado por todos (apêndice VIII).

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo deste capítulo será feita uma reflexão acerca das intervenções desenvolvidas em contexto de estágio que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem, de acordo com o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 setembro, que regula o regime jurídico dos graus académicos no Ensino Superior (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016), assim como, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica definidas pelos Regulamentos n.º 429/2018 e Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República (OE, 2018)(OE, 2019a).

Segundo Roldão (2003), ser cientificamente competente implica adquirir competências através da mobilização articulada dos conhecimentos, capacidades, procedimentos e atitudes.

A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. (OE, 2019a)

As competências do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, definem-se como competências comuns aquelas que são transversais a todos os especialistas, e em competências específicas as que correspondem a cada área de especialidade (OE, 2019a).

Segundo Benner (2001), a aquisição de competências baseadas sobre a experiência tem de assentar em bases pedagógicas sólidas. Para a mesma autora, o conhecimento clínico surge quando se alia o conhecimento teórico, baseado na melhor evidência, e o conhecimento prático que resulta da experiência. O desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada, especialmente dirigidas à pessoa em situação crítica, foi o foco durante todo o período de estágio. Para tal, aliou-se à prática clínica, a integração dos

conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares do percurso académico, a experiência profissional no cuidado ao doente crítico, a experiência consequente às funções no SUB e na ambulância SIV, e o percurso pessoal com a participação e investimento noutras áreas que também convergem para a aquisição de ferramentas e competências no cuidado à pessoa em situação crítica.

O estágio desenrolou-se conforme previsto no projeto de estágio, tendo sido devidamente discutido e acompanhado com a docente orientadora e com a supervisora clínica do SUP e posteriormente apresentado ao supervisor clínico da UCIP.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Os domínios das competências comuns são a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Competência de Mestre nº3 Capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Tabela 2 – Competências de Mestre nº 3 e de Enfermeiro Especialista Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (fonte: adaptado de Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)

Na prática diária, prevê-se que o enfermeiro especialista demonstre tomada de decisão ética nas diversas situações com que se confronta, e que as suporte em princípios, valores e normas deontológicas. A deontologia de enfermagem surge, então, como o instrumento facilitador da ação do enfermeiro, que coloca à sua

disposição o enquadramento necessário à sua prática e encontra-se descrita na Lei nº 156/2015 de 16 de setembro (MS, 2015). Pretende-se que o código deontológico oriente e fundamente as decisões, uma vez que se trata de um conjunto de regras e princípios associados ao dever e obrigação profissional (OE, 2015b).

Segundo o artigo 8º do REPE, os enfermeiros devem “adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015c).

Os enfermeiros devem acima de tudo defender e respeitar os direitos da pessoa, família ou comunidade de quem cuidam.

Durante a prática clínica foram respeitados os princípios éticos constantes do código deontológico e consideradas as responsabilidades profissionais estabelecidas pelo REPE. Em todo o percurso zelou-se pelo respeito dos direitos da pessoa emitidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Como explicitado no artigo 81º do código deontológico, e indo ao encontro dos princípios da bioética, descritos por Beauchamp & Childress (1994), as ações durante a prática clínica foram conduzidas pelos princípios da beneficência, da não maleficência, e da justiça, respeitando sempre a autonomia do indivíduo, os seus valores e crenças, com salvaguarda do direito do doente ao sigilo, no acesso à informação e à escolha dos cuidados. A este propósito, o artigo 84º do código deontológico dos enfermeiros, direito à autodeterminação, menciona que o enfermeiro assume o dever de:

“Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2015b:73).

Tomando consciência do estado de vulnerabilidade em que a pessoa muitas vezes se encontra, tentou-se sempre chegar ao doente, conduzindo a relação de ajuda, no sentido da satisfação de necessidades e bem-estar, numa tentativa de minimização da relação de dependência.

No caso particular do doente crítico, muitas vezes consciente e extremamente assustado, é comum que este sinta, face aos procedimentos habitualmente definidos pelas unidades de saúde, a sua identidade e integridade prejudicadas. São exemplo disto a entrada do doente, tanto no SU como na unidade

de cuidados intensivos em que muitas vezes são retirados objetos de valor, próteses, roupas e onde o doente sente que perdeu a sua singularidade. O Artigo 89º da Deontologia Profissional de Enfermagem remete o enfermeiro para a responsabilidade da humanização de cuidados. A OE (2015b) afirma que só é possível fomentar a humanização se o ambiente for humanizador, o que em contexto de emergência se torna um verdadeiro desafio. Durante o processo de admissão na SE, adotou-se a estratégia de explicar, sempre que adequado, o motivo pelo qual estavam a ser retirados os objetos e sempre que possível, mediante assinatura de um termo de responsabilidade, o doente podia ficar com alguns pertences se assim entendesse. Ainda na perspetiva da humanização dos cuidados, procurou-se “atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar” para estabelecer o verdadeiro sentido da relação de ajuda.” (OE, 2015b:97)

Também a dignidade e privacidade do doente assumem especial importância na prestação de cuidados. Ao nível do serviço de urgência, a permanência de doentes nos corredores, vulneráveis e expostos, obriga à identificação precoce de potenciais situações que possam comprometer a privacidade e a intimidade da pessoa. O enfermeiro, segundo Benner (2001), deve ter a capacidade de fazer sentir o doente uma pessoa por inteiro, mostrando essencialmente respeito pela sua dignidade e pela sua privacidade. Neste contexto, procurou-se a prestação de cuidados em salas com ambiente reservado ou com recurso a cortinas e/ou biombo.

O enfermeiro especialista deve promover a responsabilidade profissional, ética e legal no cuidado ao doente/família, identificando as necessidades, adequando as intervenções, e considerando os princípios éticos da profissão no processo de tomada de decisão (OE, 2019a).

Ao longo do estágio foram desenvolvidas competências de tomada de decisão clínica e ética no contexto de emergência. Neste sentido, tanto o serviço de urgência como a unidade de cuidados intensivos são serviços complexos e nos quais a vida dos doentes depende, muitas vezes, exclusivamente de decisões clínicas da equipa, que incluem diagnósticos e terapêutica, que não consideram (por impossibilidade) a consulta do doente. Sempre que clinicamente ajustado foi respeitado o direito ao consentimento informado, livre e esclarecido para a prestação de cuidados e acesso à informação, garantindo a confidencialidade, e partilhando apenas com a equipa multidisciplinar a informação relevante para o

processo terapêutico. Houve também oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar no suporte de tomada decisão ética em situações de decisão de não reanimação.

Acerca do Sigilo Profissional, que se encontra descrito no artigo 85º do código deontológico, assumiu-se o dever de:

“considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (OE, 2015b:78)

No que concerne ao PI, importa referir que foi consultado e analisado o suporte legal que norteia a profissão dos assistentes operacionais que desempenham funções de auxiliar de ação médica, nomeadamente a portaria nº 459/2005, de 3 de maio (Ministérios das Actividades Económicas e do Trabalho e da Saúde, 2005). O auxiliar da ação médica é: “o profissional que colabora, sob orientação de técnicos de saúde, na prestação de cuidados aos doentes, na manutenção das condições de limpeza e higienização nas instalações e no apoio, logístico e administrativo, ao serviço e ou unidade integrados em estabelecimentos de cuidados de saúde” (Ministérios das Actividades Económicas e do Trabalho e da Saúde, 2005:3271).

A Lei 12-A/2008 de 27 de Fevereiro, refere que para a obtenção das competências contempladas no conteúdo funcional dos Assistentes Operacionais devem ser equacionados programas de formação teórica e teórico-prática. Nesse sentido, atendendo a que os assistentes operacionais são funcionalmente dependentes dos enfermeiros, é natural e desejável que os enfermeiros sejam chamados a colaborar e colaborem, efetivamente, na formação destes profissionais (OE, 2009). Salvaguarda ainda que, a formação e os seus conteúdos devem ter em consideração o enquadramento legal da carreira de Assistente Operacional, o seu conteúdo profissional (atividades e competências), bem como o enquadramento legal, ético-deontológico, as competências e o papel social da profissão de Enfermagem, não podendo a formação confundir-se com delegação de funções (OE, 2009).

“A participação de Enfermeiros na formação de outros profissionais que não enfermeiros deve ser enquadrada na partilha do conhecimento universal (...)”, a formação dos profissionais de saúde só pode ser ministrada por quem tenha competência para tal. (OE, 2009:4). “Na saúde, partilhar informação científica e formar em conjunto para trabalhar em conjunto deve ser uma preocupação de todos”, trabalho em equipa com vista à qualidade e segurança do doente” (OE, 2009:3).

Na prática simulada realizada no SUB foram contemplados os procedimentos éticos e formais necessários ao desenvolvimento de um projeto de âmbito académico e institucional, pelo que foi necessário realizar um pedido ao Conselho de Administração da ULSNA e ao Conselho técnico-científico da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Foi solicitado consentimento aos participantes e anonimato dos mesmos foi assegurado em contexto académico. Uma vez que o Projeto de Intervenção serviu também como processo de formação em serviço e consequente certificação das competências, os registos serão duplicados em documento próprio e entregues no departamento de Investigação e Formação da ULSNA para certificação dos profissionais.

Face ao anteriormente descrito, consideram-se desenvolvidas e adquiridas as competências inerentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, assim como a competência número 3 de mestre em enfermagem.

B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro

Competência de Mestre nº 5 Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

Tabela 3 – Competências de Mestre nº 5 e de Enfermeiro Especialista Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (fonte: adaptado de Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)

O Despacho nº 3635/2013 de 7 de março, define a obrigatoriedade todas as instituições de saúde criarem uma Comissão de Qualidade e Segurança como órgão

responsável pela implementação de planos de ação com vista à redução dos riscos identificados nas unidades de saúde (MS, 2013).

Analisando as metas do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho nº 1400-A/2015) destaca-se o objetivo estratégico de “aumentar a cultura de segurança do ambiente interno”, este objetivo contempla a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, pressupondo que esta é uma condição fundamental para as mudanças de comportamento (DGS, 2015b). Nesse sentido durante o período de integração houve necessidade, com a colaboração da supervisora, de conhecer dos projetos institucionais existentes, de forma a adotar prática clínica condizente com as políticas de qualidade e segurança da instituição, mobilizando conhecimentos e habilidades que garantissem a melhoria contínua da qualidade e que permitissem acrescentar melhoria aos cuidados prestados nos serviços.

Segundo o REPE, artigo 9º, os enfermeiros “contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (OE, 2015c:103). No serviço de urgência, com apoio e orientação da supervisora, foi possível integrar e colaborar na avaliação da qualidade da prática clínica, nomeadamente no acompanhamento do processo de auditoria da Triagem de Manchester (uma vez que a auditora era uma das chefes de equipa onde estive integrada). As auditorias constituem-se como instrumentos de gestão do risco e prevenção do erro (DGS, 2015a). A DGS (2017a) define auditoria como um “processo sistemático, independente e documentado para obter evidência objetiva e respetiva avaliação objetiva, com vista a determinar em que medida os critérios da auditoria são cumpridos”. As auditorias podem ser externas ou de carácter interno, ou seja, realizadas pela própria organização, numa perspetiva de avaliação pela gestão.

Nos objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 (DGS, 2015b) estão referidos vários aspetos a ser auditados pelas organizações, como sendo, a realização de auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e altas de doentes, auditorias das práticas seguras da medicação, auditorias da validação prévia da identificação do cliente em vários procedimentos (prática que foi possível observar e executar nomeadamente, na administração de componentes de sangue), auditorias às práticas para a prevenção e redução de quedas (no caso particular do estágio, utilização da Escala de Quedas de Morse), auditorias às práticas para a avaliação e prevenção e tratamento de úlceras de pressão.

O Artigo 6º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro, prevê que o enfermeiro especialista deverá ser capaz de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (OE 2019a). A implementação do PI, em que o enfermeiro assume o papel de promotor da aprendizagem, com implementação de processos formativos com vista à aquisição de competências que melhoram e contribuem para a segurança do doente crítico, pode considerar-se um contributo para a melhoria contínua para qualidade institucional. Dias (2004) defende que a evolução de qualquer profissão obriga a um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização dos profissionais, à otimização dos recursos e à evolução qualitativa dos resultados. Também Ferreira (2015) refere que a atualização e o nível de formação dos profissionais de saúde é uma condição indispensável para que, no âmbito das suas funções, seja atingida a qualidade dos serviços.

Contribui para a aquisição neste domínio de competências, a integração na equipa responsável pela formação no serviço onde desempenha funções. Anualmente é feito o levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros e dos assistentes operacionais e é realizada a planificação das ações a realizar. A planificação anual tem procurado rentabilizar os contributos dos profissionais que integram a equipa e que quando realizam formação externa são incentivados a partilhar com os colegas os conhecimentos e boas práticas com vista à melhoria contínua dos cuidados.

O Plano Nacional de Saúde relaciona diretamente o conceito de melhoria contínua da qualidade, com boas práticas e o impacto destas na redução do desperdício e na segurança do doente. (DGS, 2015a). A existência e utilização de Normas de Orientação Clínica e a decisão com base na evidência diminuem consideravelmente os erros e contribuem para a qualidade em saúde, estando por isso definido, como uma das prioridades da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, o aumento da adesão a normas de orientação clínica como medida de aumento da segurança dos doentes (DGS, 2015a).

Relativamente à Orientação DGS nº 018/2011 (DGS, 2011), em específico, sobre os mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde, o SUP tem algumas especificidades. Como política de segurança para o doente, estão definidas em protocolo interno duas pulseiras de cor diferente das da triagem, que se acrescentam à pulseira de identificação e

evidenciam risco acrescido aos doentes que a utilizam, nomeadamente, a pulseira de alergias e a pulseira de risco de fuga.

No mesmo serviço, está implementada a armazenagem da medicação de acordo a Norma DGS nº 020/2014 (DGS, 2014), que se refere aos medicamentos LookAlike, Sound-Alike [LASA]: “medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos”. Os erros de medicação e as reações adversas dos fármacos são um grave problema de saúde pública, gerando graves repercussões nos utentes, gerando desconfiança e descrença no sistema de saúde. As consequências desses erros são provavelmente mais significativas em meio hospitalar relativamente ao meio ambulatorio, uma vez que se usam fármacos mais complexos e agressivos nos procedimentos terapêuticos (Duarte & Morgado, 2013).

Ao longo do estágio foi feita uma tentativa constante para a criação de condições para a manutenção de um ambiente seguro. Foram seguidas as normas, procedimentos e orientações que permitem, em articulação com a equipa multidisciplinar, a adoção de práticas seguras e gestão do risco. O enfermeiro especialista “Age considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (OE, 2019a).

O grande volume de doentes, as limitações físicas e estruturais face ao número de pessoas que recorrem e permanecem no serviço, bem como um elevado número de intervenções diagnósticas e terapêuticas de risco, com limitações temporais associadas pela complexidade dos doentes, tornam o SUP um serviço de alto risco para a ocorrência de eventos adversos.

Também a unidade curricular [UC] Gestão em Saúde e Governação Clínica permitiu desenvolver competências neste domínio, uma vez que abordou conteúdos relativos à segurança e gestão do risco, aos padrões de qualidade em saúde e à contextualização da qualidade nos cuidados de saúde. Foi realizado um trabalho de grupo acerca do tema dotações seguras. A reflexão sobre este tema foi extremamente adequada à prática de enfermagem no serviço de urgência uma vez que:

“a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de

segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população” (OE, 2019b).

Neste sentido, e constatando ao longo do estágio que o número de doentes internados é muito superior à lotação do serviço, foram discutidos os rácios apropriados do número de enfermeiros para o SUP, de acordo com o número de horas de cuidados necessárias por doente, as aptidões profissionais, a disposição da instituição, bem como a formação e a investigação a realizar; foram ainda identificados e refletidos os riscos que advêm da sobrecarga do serviço e dos profissionais.

Para além das anteriormente referidas, podem ainda considerar-se um contributo para as competências deste domínio, práticas ao nível da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde como a higienização das mãos, utilização racional e adequada do equipamento de proteção individual ou prevenção da infeção do trato urinário com a utilização do kit de cateterização vesical implementado no serviço de urgência.

As competências deste domínio permitiram desenvolver, de acordo com Benner (2001), a função de ensino-coaching, a monitorização de intervenções e regimes terapêuticos, a monitorização da qualidade das práticas de cuidados de saúde bem como competências de trabalho organizacional. A prestação de cuidados de enfermagem ao longo do estágio foi conduzida pelos padrões de qualidade especializados para o EEEMCPSC no contexto da prática clínica e considera-se, pelo anteriormente descrito, ter desenvolvido e adquirido as competências no domínio da melhoria da qualidade, assim como a competência de mestre em enfermagem nº 5 que lhes está inerente.

C. Domínio da Gestão dos Cuidados

C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Competência de Mestre nº 1 Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada

Tabela 4 – Competências de Mestre nº 1 e de Enfermeiro Especialista Domínio da Gestão dos Cuidados (fonte: adaptado de Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)

A gestão é um domínio da área de competência do enfermeiro especialista de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados. No domínio da gestão dos cuidados é fundamental o conhecimento da organização e funcionamento do serviço, da equipa multidisciplinar e das suas responsabilidades, no sentido de adaptar e otimizar os recursos mantendo qualidade e garantido segurança. Pelo que, após o período de integração, existiu oportunidade de acompanhar e colaborar com a supervisora clínica do estágio no SUP nas funções de liderança e gestão durante alguns turnos. Como chefe de equipa, fica alocada SE e, distribui os elementos de enfermagem pelos vários sectores, sendo cada um responsável pela prestação de cuidados de enfermagem nessa área. A distribuição dos assistentes operacionais também é feita pelo chefe de equipa de enfermagem.

Para uma gestão adequada de cuidados é fundamental capacidade de planeamento, de organização e de tomada de decisão. A avaliação da situação, a identificação dos riscos, a gestão dos recursos existentes em função dos cuidados a prestar, são imprescindíveis para promover um ambiente positivo que favoreça o trabalho em equipa. É durante a passagem de turno que o chefe de equipa fica com uma noção geral do serviço e das condições para o próximo turno, sendo assim, é sua função otimizar os recursos disponíveis. Com a escassez de recursos humanos existe muitas vezes a necessidade de mobilizar profissionais de um posto para o outro tendo em conta as necessidades do serviço.

O enfermeiro chefe de equipa é também o responsável pela gestão dos recursos materiais (consumíveis) no serviço de urgência, pelo que foi necessário, por diversas vezes, agilizar o transporte de terapêutica ou de equipamento entre as valências do serviço, bem como a realização de pedidos, por situações inopinadas, ou de rutura de stock. Desta forma, é da competência do chefe de equipa conhecer os procedimentos e circuitos e assegurar-se que os assistentes operacionais incumbidos destas tarefas, dão a resposta adequada e atempada às solicitações. Outra das responsabilidades do chefe de equipa é o controlo e gestão de terapêutica

estupefaciente que se encontra num local de acesso reservado controlado com cartão e dentro de um cofre.

Prevê-se que o enfermeiro especialista adquira competências relacionadas com a liderança, conseguindo deste modo conduzir a equipas em processos de mudança tantas vezes necessários. Foi possível observar a adequação de liderança que o chefe de equipa assumiu de acordo com as situações e nos diferentes contextos. Esta capacidade de adaptação permite uma gestão eficaz das equipas e, consequentemente, dos cuidados.

O processo de aquisição e desenvolvimento destas competências é considerado uma mais valia neste percurso, nomeadamente, na otimização do processo de tomada de decisão, do trabalho em equipa com adequada supervisão das tarefas delegadas e da necessidade de adaptação do estilo de liderança ao contexto. Segundo Benner (2001), as competências de trabalho organizacional e as competências associadas ao know-how competente da liderança clínica são essenciais na prestação de cuidados ao doente crítico, sobretudo em situações de emergência, nas quais a equipa deve ser liderada por um elemento qualificado e reconhecido para uma intervenção organizada, eficaz e adequada.

No âmbito desta competência, não obstante num enquadramento não relacionado com o exercício de enfermagem, foi concluído com sucesso a Unidade de Formação de Curta Duração 9918, Liderança na atividade de bombeiro – iniciação (anexo VII), da Agência Nacional da Qualificação, cuja temática curricular muito se adequa às situações que ocorrem em ambiente de urgência e emergência.

O enfermeiro especialista deve ter uma ação diferenciada na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa, recorrendo muitas vezes a técnicas de liderança e gestão de recursos, humanos e de equipamentos e materiais. Sobressai neste domínio a conceção e gestão do Projeto de Intervenção, assim como, todo o desenrolar da ação de formação concretizada, que permitiu evidenciar o domínio de competências da gestão de cuidados e liderança de equipas.

Com base na reflexão anterior, consideram-se adquiridas as competências deste domínio e a competência nº 1 de mestre em enfermagem que lhes está inerente.

D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**D1.** Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade**D2.** Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica**Competência de Mestre nº2-** Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência**Competência de Mestre nº6-** Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

Tabela 5 – Competências de Mestre nº 2 e nº 3 e de Enfermeiro Especialista Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (fonte: adaptado de Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)

O estágio proporcionou momentos de reflexão sobre a fragilidade e a vulnerabilidade do ser humano e do papel do enfermeiro especialista enquanto cuidador no processo de transição saúde-doença, sobre o qual muitas vezes o doente não tem controlo. Toda esta dinâmica teve influência na evolução como pessoa e enquanto enfermeiro especialista, e contribuiu para o reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade.

Ao longo do estágio houve espaço para o reconhecimento de capacidades, mas também de limites pessoais e profissionais que podem, positiva ou negativamente, ser relevantes para a prestação de cuidados no seio da equipa de saúde. Em situações de urgência/emergência existiu sempre autocontrolo e gestão sentimentos e emoções de uma forma adequada. Este aspeto torna-se particularmente importante na segurança do doente crítico e no trabalho em equipa.

No que concerne ao autoconhecimento e assertividade, que detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro importa referir um assunto particularmente sensível. A comunicação de más notícias é um assunto de difícil gestão, mas que está presente no caminho de enfermagem e, muitas vezes, no contato com o doente crítico e com a sua família.

A morte é um processo doloroso e que exige ao enfermeiro competências na área da comunicação. Existem ainda algumas dificuldades no que toca a transmitir ao outro que o seu familiar faleceu, ou que o prognóstico da sua situação é muito reservado, nomeadamente, na gestão de emoções. A má notícia como qualquer tipo de informação que envolve uma mudança drástica na pessoa que a recebe, causa um impacto negativo na forma como perspetiva o futuro, assim como, nos domínios cognitivo, espiritual, emocional e comportamental (Sequeira, 2016). A

capacidade de comunicação do profissional, bem como a preparação do ambiente, são de extrema importância nestas circunstâncias. Em colaboração com a médica de serviço e com a enfermeira supervisora, foi necessário comunicar a uma família que o doente tinha falecido. A informação foi transmitida de forma assertiva, num ambiente reservado e adequado, numa tentativa de apaziguar a dor provocada pela perda, contudo, continua a causar algum desconforto.

Considerando que o enfermeiro especialista baseia a prática clínica em evidência científica, todas as UC do mestrado e especialidade em enfermagem médico-cirúrgica contribuíram para o desenvolvimento deste domínio de competências, pelos conhecimentos adquiridos e/ou consolidados, fornecendo a evidência científica para uma prática fundamentada.

A prática baseada em evidências é a utilização simultânea da “experiência clínica” e da “melhor evidência clínica externa advinda da pesquisa sistemática” para guiar a tomada de decisão clínica e simultaneamente considerar os valores do paciente (Larrabee, 2011). Benner (2001), refere que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática “consiste no alargamento dos conhecimentos práticos através de investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento no “know-how” existente desenvolvido por meio da experiência clínica na prática dessa disciplina” (Brykczynski, 2004:187). Este domínio foi também aprofundado com a elaboração do PI. Com base no diagnóstico de situação em que se identificaram as necessidades formativas, desenvolveu-se uma revisão sistemática de literatura que suportasse a pertinência do projeto. O enfermeiro especialista enquanto facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, pode contribuir com ganhos efetivos em saúde e na segurança doente.

Segundo a OE (2015b:91), “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

O enfermeiro deve identificar as suas necessidades formativas, encarando a formação como uma ferramenta na consolidação do conhecimento e na aquisição de competências para que desenvolva a sua atividade com mais qualidade, responsabilidade e sentido crítico.

Durante o estágio houve uma tentativa constante para identificar necessidades formativas ou de estudo com a perspetiva de fazer mais e melhor,

assim como de aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem nos vários contextos. Também a formação profissional foi uma área de grande investimento pessoal, nomeadamente ao nível das competências em emergência pré-hospitalar e de alguma forma desde muito cedo direcionadas ao doente crítico. Neste domínio faz sentido referir a frequência de cursos, congressos e seminários e a formação contínua e de serviço, nomeadamente, Recertificação de Competência SIV e SAV pelo INEM (anexo VIII) e Congresso I Encontro Nacional SIV (anexo IX).

Importa neste domínio e também no âmbito do PI, referir a frequência do Curso de Recertificação de Competências de Tripulante de Ambulância de Socorro [TAT] (anexo X) e a frequência do Curso de Recertificação de Competências Pedagógicas de Formador de SBV/DAE e Tripulantes de Ambulância de Transporte (anexo XI), ambos pela entidade certificadora Escola Nacional de Bombeiros [ENB].

Considerando o referido, consideram-se atingidas as competências deste domínio.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências específicas do EEEMCPSC estão discriminadas no Regulamento nº 429/2018 (OE, 2018). Tendo em conta a especificidade da pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e a complexidade dos cuidados que têm de lhe ser prestados, a si e à sua família, o enfermeiro especialista tem obrigação de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para a resposta adequada (OE, 2018). Para tal, o EEEMCPSC é dotado de três competências específicas que seguidamente se descrevem e agruparam com as competências nº 4 e nº 7 de Mestre em Enfermagem.

1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

- 1.1 — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.
- 1.2 — Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.
- 1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.

1.4 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

1.5 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.

1.6 — Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.

Competência de Mestre nº4 - Realiza desenvolvimento autónomo e conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Tabela 6 – Competência de mestre nº 4 e Competência Específica de Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica nº 1 (fonte: adaptado de Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)

Para o desenvolvimento das competências definidas pelo ponto 1, contribuiu não só a realização do estágio final em SUP e UCIP, mas também todas as unidades curriculares e a experiência profissional a nível de pré-hospitalar, com desempenho de funções na ambulância SIV. Na atividade de pré-hospitalar, a abordagem do doente crítico tem inerente o desenvolvimento da capacidade de identificação precoce de focos de instabilidade e a prevenção de intercorrências ou episódios críticos quer pela natureza do doente, quer pelo contexto da prestação de cuidados. Obriga ainda a um domínio muito abrangente de processos terapêuticos complexos ao doente em falência multiorgânica, seja por doença súbita ou por trauma grave. A atividade na SIV desenvolve-se com base em protocolos e procedimentos, validados pelo médico regulador do CODU após observação clínica do doente, pelo enfermeiro. A melhor abordagem ou a gestão do processo terapêutico é feita por uma ação conjunta do médico regulador e do enfermeiro, com colaboração do TEPH.

Os protocolos SIV, baseados em evidência e elaborados de acordo com as recomendações ERC 2015, são: Abordagem à vítima segundo a metodologia ABCDE; Abordagem do traumatizado segundo a mesma metodologia; PCR adulto; Trauma das extremidades e tecidos moles; Trauma do abdómen e Bacia; Afogamento e acidentes de mergulho; Alergia; Alteração do estado de consciência; Obstrução de via aérea; Dispneia; Diabetes e alterações de glicémia; Défice sensitivo/motor; Convulsões; Intoxicações; Cefaleias; Dor torácica; Disritmias; Dor abdominal; Dor dorso lombar; Hemorragia; Suicídio; Queimadura; Trauma crânio-encefálico; Trauma do abdómen e bacia; Trauma das extremidades e tecidos moles;

e Trauma vertebro medular. De acordo com os protocolos, estão ainda estabelecidos alguns procedimentos, nomeadamente, administração de terapêutica e perfusões; máscara laríngea; Sedação e analgesia; Técnicas de trauma (extração e imobilização); Descompressão de pneumotórax hipertensivo; Procedimento contenção física da vítima; Preparação para helitransporte; Terapia de continous positive airway pressure [CPAP]; Pace-transcutâneo; Entubação nasogástrica; Cricotirotomia com agulha; Desfibrilhação; Colocação de acesso venoso e intraósseo; Algaliação; Estabilização da bacia; Encerramento de pneumotórax aberto.

Ainda na SIV, e de acordo com o protocolado, o doente sempre que possível é encaminhado pela Via Verde. As vias verde habitualmente acionadas são, de acordo com os critérios estabelecidos, via verde AVC (com utilização da escala Escala de Race), via verde sépsis, via verde coronária e via verde trauma.

A transição de cuidados em SIV é realizada de acordo com o padronizado pela DGS.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2017b), transição de cuidados em saúde é qualquer momento de prestação de cuidados em que exista a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores. Nesse sentido, emitiu a Norma DGS 001/2017 sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, com o objetivo de uniformizar as boas práticas para uma comunicação precisa, útil e efetiva entre profissionais de saúde. Para tal, adotou-se a técnica ISBAR, procedimento de transferência estruturado e padronizado que garante a qualidade da transferência de cuidados e respetiva segurança do doente: I (Identify) Identificação; S (Situation) Situação atual; B (Background) Antecedentes; A (avaliation) Avaliação e R (Recommendation) Recomendações (DGS, 2017b),

No SUP, a sala de emergência é por si só o local de receção e, portanto, o local de eleição na abordagem ao doente crítico. Pelo grau de instabilidade, tornou-se imperativo prever e antecipar situações de risco respondendo de forma pronta e adequada. Houve oportunidade de contactar com doentes hemodinamicamente instáveis, na sua grande maioria por enfarte agudo do miocárdio, em que se procedeu à aplicação/seguimento do protocolo da via verde coronária que termina com a transição dos cuidados na sala de hemodinâmica. Foi possível contatar com doentes com disritmias, nomeadamente, fibrilhações auriculares com resposta

ventricular rápida, flutter auricular e bradicardias sem necessidade de cardiologia de intervenção.

A identificação do ritmo cardíaco foi fundamental, assim como, a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares do curso e consolidadas pela formação de eletrocardiografia essencial e avançada (anexos XII e XIII respetivamente) que foram, entretanto, realizadas. Em contexto de paragem cardio-respiratória foi possível participar no processo de reanimação de uma forma global, na preparação e administração de terapêutica, realização de compressões torácicas e ventilação com recurso a insuflador manual e posterior entubação.

O contato com as situações anteriormente descritas permitiu a aplicação de algoritmos ajustados e condizentes o curso de SAV (anexo XIV) contemplado no plano de estudos.

O contacto com doentes com patologia respiratória permitiu aprofundar técnicas e conhecimentos na área da ventilação invasiva e não invasiva. Foram ventilados na sala de emergência dois doentes o que permitiu demonstrar conhecimentos nesta área e discutir alguns conceitos com a supervisora. Surgiu também a oportunidade de recorrer à ventilação não invasiva numa dispneia de causa cardíaca, princípio subjacente à utilização de Terapia de CPAP em contexto profissional na ambulância SIV.

Os registos de enfermagem são feitos na plataforma informática Alert®, de acordo com a metodologia de abordagem adotada na sala de emergência, sequência “ABCDE”, estabelecida pelo American College of Surgeons, adaptada da sequência “ABC” da American Heart Association” (Ordem dos Médicos, 2009). Esta metodologia consiste numa avaliação sistematizada e estruturada, que pode ser utilizada na vertente de emergência por doença súbita ou trauma, passível de recuperar de forma integral o doente e/ou minimizar as consequências dos seus problemas de base.

Estruturada em 5 fases, a abordagem ABCDE exige ações bem coordenadas, com objetivos claros e responsabilidades definidas:

- A – Via Aérea com estabilização/imobilização da coluna cervical;
- B – Ventilação e oxigenação;
- C – Circulação (Suporte Cardiovascular), com controlo de hemorragia;
- D – Disfunção Neurológica;
- E – Exposição e ambiente, evitando a hipotermia.

O contacto com a vítima de trauma foi reduzido durante o estágio de SU, assistiu-se apenas uma vítima de trauma abdominal por arma branca, as restantes situações, foram trauma simples.

Relativamente às competências na área do trauma pode mencionar-se a experiência como Formadora de TAT (anexo x) pela ENB e credenciada pelo INEM, com domínio das técnicas de trauma; e o curso de International Trauma Life Support Advanced [ITLS] (anexo XV) realizado conforme plano de estudos, e que pressupõe uma abordagem ligeiramente diferente do doente de trauma.

Após estabilização do doente crítico, quando houve necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico fora da SE, tomografia axial computadorizada [TAC], por exemplo, foi efetuado o acompanhamento do doente com a supervisora e um médico, providenciando todo o material necessário para a monitorização, vigilância hemodinâmica e suporte ventilatório. Foi possível ainda acompanhar a transferência intra-hospitalar de vários doentes para a UCI, sendo que o protocolo de atuação é o mesmo, sempre que o doente sai da SE, independentemente do seu destino.

Dada a ausência de experiência em cuidados intensivos, todos os momentos na UCIP foram rentabilizados para aquisição e ou/assimilação de conhecimentos. Foi um momento de particular empenho em estudo.

Em contexto de unidade de cuidados intensivos, a manipulação de equipamentos tecnológicos com experiência residual, constituiu um grande desafio na prestação de cuidados ao doente crítico. Esta dificuldade exigiu empenho e dedicação, uma vez que existiam na UCIP uma serie de modelos diferentes de ventiladores, e de outros equipamentos, pelo que houve necessidade de consulta de manuais de instruções e de sessões de esclarecimento com o enfermeiro supervisor do estágio de UCIP.

Constituíram igual desafio, as terapias de substituição da função renal, nomeadamente, hemodiálise em doente crítico e a hemodiafiltração venovenosa contínua, enquanto técnica de suporte renal mais frequente nesta unidade. Um dos enfermeiros supervisores na UCIP, com muita experiência na área, proporcionou várias oportunidades de aprendizagem e de reflexão acerca dos protocolos de intervenção de enfermagem instituídos para estas técnicas, sendo que, procurou sempre que possível atribuir doentes com terapia de substituição renal. Huguet, Rodas, Blasco, Quintana, Mercadal, Ortiz-Pérez & Poch (2017) referem que a

realização destas técnicas exige equipamento especializado e cuidados avançados de enfermagem na área, a monitorização da permeabilidade do circuito extracorpóreo é essencial, uma vez que ocorrem frequentemente episódios de coagulação que comprometem a duração do filtro e do cateter de diálise, assim como, perda sanguínea entre outras complicações. Foi obviamente necessário realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema, o que tornou possível colaborar e assistir à prestação de cuidados de enfermagem ao doente sujeito a técnica de substituição renal, no entanto, sempre numa prestação de cuidados supervisionados.

Ao longo de todo o estágio existiu uma preocupação diferenciada relativa à dor e bem-estar do doente, sendo que a UCIP foi o campo de estágio mais rico neste tema. O SUP tem associado ao STPM um protocolo de analgesia, de acordo com a queixa e a etiologia do problema. Com base na avaliação da dor, realizada através da escala numérica, são administrados fármacos, via oral, antes de encaminhar o doente para a valência correspondente.

A UCIP tem protocolada a avaliação e intervenção na dor, fazendo o seu registo uma vez por turno. “A dor como 5º sinal vital deve ser avaliada e registada de acordo com a condição clínica, depois de cada intervenção dolorosa, perante a presença de sinais sugestivos de dor intensa ou alteração dos sinais vitais, para avaliar a eficácia dos tratamentos e quando não há diagnóstico de dor uma vez por turno” (Batalha, 2016:17).

Segundo o mesmo autor, os princípios na avaliação validada e confiável da dor, em relação à sua intensidade, passam por: acreditar na avaliação que o doente faz da sua dor, utilizando sempre que possível a autoavaliação; fazer utilização rigorosa e metódica dos instrumentos ou escalas de avaliação, o que pressupõe a utilização do mesmo instrumento de avaliação no mesmo doente (exceto se houver alteração da situação clínica que o impossibilite); ensinar a aplicação da escala no acolhimento ou antes de uma situação de dor ou desconforto, garantindo que o doente entendeu; registar no processo clínico aspetos associados à avaliação da dor.

Nos doentes sem capacidade verbalizar a dor deve ser avaliada recorrendo à observação comportamental sistemática e subjetiva (Pinho, Carneiro & Alves, 2012). A Escala Comportamental da Dor, Behavioral Pain Scale [BPS] relaciona a expressão da face com a mobilização dos membros superiores e a adaptação à

prótese ventilatória (Batalha, 2016). Esta é a escala utilizada na UCIP, aos doentes sem capacidade para a expressão verbal da dor.

Com os dados recolhidos pelos instrumentos de avaliação da dor, são implementadas medidas de analgesia e conforto, sendo que por isto mesmo, a capacidade de gestão de perfusões contínuas analgésicas foi relevante.

Associado à gestão de perfusões analgésicas contínuas, mas não menos importante, associaram-se medidas de controlo de dor, não farmacológicas. Segundo a OE (2008), existem várias técnicas que podem e devem ser utilizadas, e são intervenções autónomas do enfermeiro, nomeadamente: a distração, que diminui a perceção da dor; a massagem, que reduz a tensão muscular e promove o relaxamento músculo-esquelético; a imobilização com alinhamento adequados; aplicação de frio ou calor que diminui a inflamação; e a realização de exercícios que potenciam a recuperação de postura, função motora e conforto. Houve oportunidade para aplicar algumas destas intervenções de enfermagem, que na UCIP são particularmente fomentadas pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, com os quais tive oportunidade de refletir boas praticas clínicas, nalguns momentos.

Face à complexidade da situação crítica e ou falência orgânica, a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais, bem como a gestão da comunicação interpessoal conceptualizam a relação terapêutica e o estabelecimento da mesma com o doente e a sua família, e assumem um papel de elevada significância nos cuidados de enfermagem especializados. Relativamente ao contato com a família da pessoa em situação crítica, o horário das visitas é o momento de eleição, não só para a colheita de dados, mas também para a integração da mesma no processo terapêutico, muitas vezes ferramenta crucial para o estabelecimento de intervenções individualizadas. A intervenção especializada passou muitas vezes por encaminhar os familiares às unidades dos doentes e fornecer informações que acautelassem a prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [IACS] antes e após saída da unidade, especialmente nos isolamentos. Houve disponibilidade para ceder informações sempre que solicitadas, e abertura para esclarecimento de dúvidas mais evidentes a nível da utilização do equipamento de proteção individual. Este momento traduz-se numa ocasião privilegiada fornecimento de informação de enfermagem sobre o estado geral do doente na presença do mesmo. Tanto no SUP como na UCIP o horário das visitas e a circulação no serviço, bem como os procedimentos, estão bem definidos e são supervisionados pelos enfermeiros.

Na UCIP a família demonstra ansiedade pelo sofrimento do doente, dúvidas relativamente à situação clínica e sobretudo pela dificuldade em estabelecer comunicação com o mesmo. A comunicação numa unidade de cuidados intensivos é muito limitada, por questões associadas à sedação, analgesia e ventilação invasiva e não invasiva (Oliveira, 2011). Apesar do horário da visita coincidir com o momento reservado à elaboração de registos clínicos, deve haver por parte do enfermeiro iniciativa para abordar os familiares e estabelecer a relação de ajuda. A estratégia nestas circunstâncias passou pela escuta ativa dos medos e pela tentativa de esclarecimento de algumas dúvidas respondendo às questões colocadas e encorajando a interação.

Indo ao encontro de Phaneuf (2005), a ansiedade do doente ventilado, associado à dificuldade em comunicação com os profissionais e com a família, pressupõe que o enfermeiro especialista faça uso da criatividade e empatia para facilitar o processo, usando por exemplo, a escrita, desenhos, aperto na mão, piscar de olhos, expressão facial ou a direção do olhar do doente.

Face ao exposto, consideram-se adquiridas as competências inerentes à competência nº 1 do EEEMCPSC e à competência de mestre nº 4.

2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação

2.1 Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

2.2 Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.

2.3 Planeia resposta à situação de catástrofe

2.4 Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.

2.5 Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.

Competência de Mestre nº4 - Realiza desenvolvimento autónomo e conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Tabela 7 – Competência de mestre nº 4 e Competência Específica de Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica nº 2 (fonte: adaptado de Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)

Atualmente assiste-se a uma mudança de atitude no que respeita à conceptualização de cuidados de saúde em situações de exceção e catástrofe.

Estas ocorrências são cada vez mais frequentes. Segundo a OMS, a ocorrência de incidentes com múltiplas vítimas, também chamados de eventos com vítimas em massa, são acontecimentos que, independentemente da natureza, provocam, num curto espaço de tempo, um número de vítimas, para as quais os recursos habitualmente disponibilizados, não são suficientes para a resposta adequada (Oliveira, 2013). A partir desse conceito pode-se inferir que um incidente com multivítimas será considerado como tal, de acordo com a capacidade de resposta do sistema de emergência local, num determinado momento.

Existem diferentes tipologias de eventos que originam elevado número de vítimas num espaço de tempo reduzido, nomeadamente, fenómenos naturais, como sejam, sismos, tsunamis, entre outros. Por outro lado, consequente às dinâmicas atuais das sociedades ditas, modernas, assistimos a outro tipo de ocorrências enquadráveis como sendo incidentes com múltiplas vítimas, entre elas, as ações terroristas têm sobressaído pelas suas consequências.

Estas ocorrências exigem a implementação de modelos de gestão da resposta operacional com o objetivo de proporcionar o melhor tratamento ao maior número de indivíduos.

A resposta nacional está definida no Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil da Autoridade Nacional de Proteção Civil (2012) agora denominada Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil [ANEPC]. Existem também Planos Distritais e Municipais de emergência que consagram cenários para as respetivas áreas de resposta.

Em situações de emergência, exceção e catástrofe a articulação do Hospital com o meio extra-hospitalar é realizada através do INEM e com o Sistema de Proteção Civil, coordenado pela ANEPC.

Internamente, e de acordo com o Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto (MS, 2014), cada SU deverá ter um plano de emergência/catástrofe/contingência, que determina a resposta da unidade de saúde a estas situações. No mesmo documento está também explícita a necessidade de formação e exercícios, que devem acontecer periodicamente, de forma a que todos os profissionais se possam familiarizar com o plano e adquirir conhecimentos que lhes permitam agir de acordo com o mesmo, caso seja necessário. A Autoridade Nacional de Proteção Civil (2012:6) sugere que o simulacro ou exercício seja um “um cenário pré-definido que configure uma situação de acidente grave ou catástrofe, envolvendo estruturas e forças de proteção e socorro com o objetivo de testar procedimentos associados às ações típicas de decisão e de resposta.” No decorrer do estágio, foi consultado o

plano de catástrofe e foi verificada a existência de kits para estas situações. Verificou-se a definição de sistemas de alerta, circuitos, setores e funções. Existe na triagem um rádio do Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal (SIRESP) que permite a comunicação com os restantes agentes de proteção civil, meio de comunicação com o qual os profissionais não estão muito familiarizados. Neste aspeto particular foi oportuno partilhar alguns conhecimentos, inerentes às competências adquiridas no âmbito da atividade de bombeiro voluntário. Anualmente é realizado um exercício de treino com diferentes tipologias, de acordo com o programado pelas entidades envolvidas.

Na UCIP não houve cabimento para intervir, até pela duração do estágio, mas foi possível apurar com o supervisor que no plano está contemplado e previsto um local com capacidade para abertura de mais camas de cuidados intensivos em caso de necessidade. Este procedimento foi anteriormente executado, na sequência de um acidente que envolveu um autocarro na A23 e também numa situação de acidente de trabalho numa unidade fabril.

Enquanto unidade integrada numa instituição de saúde, a UCI deve estar preparada para situações de catástrofe e é de extrema importância a capacidade de ampliação da unidade com necessidade de critérios adaptados e utilização de recursos limitados que caracterizam a situação de exceção (Almeida & Sousa, 2012).

A participação em exercícios Livex e gestão das equipas de pré-hospitalar, pelos bombeiros de Ponte de Sor, com especial enfoque para o simulacro realizado no Aeródromo Municipal de Ponte de Sor, em 2018.

Também em contexto SIV, foi possível participar, como enfermeiro, no exercício Livex do Aeródromo Municipal de Ponte de Sor, em 2016. A participação constou na abordagem às vítimas com recurso à triagem de catástrofe, priorização e respetivo encaminhamento para as áreas definidas, bem como os primeiros cuidados em situação de emergência, exceção e/ou catástrofe.

Nesta perspetiva, a unidade curricular de EMC 3 contribuiu para o desenvolvimento desta competência com conhecimentos no tema e com a realização de uma revisão integrativa (apêndice IX) com elaboração de um poster com o tema “Conceptualização de cuidados de saúde em situações de exceção e catástrofe - controlo de hemorragias” (apêndice X).

Face ao exposto, consideram-se adquiridas as competências inerentes à competência nº 2 do EEEMCPSC e à competência de mestre nº 4.

3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

3.1 Concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

3.2 Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Competência de Mestre nº4 - Realiza desenvolvimento autónomo e conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Tabela 8 – Competência de mestre nº4 e Competência Específica de Enfermeiro Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica nº 3 (fonte: adaptado de Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho e Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro)

Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, o EEEMCPSC responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção (OE, 2018). O Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica descreve os elementos essenciais para que o enfermeiro possa intervir na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (OE, 2015d).

“Os cuidados de saúde modernos trouxeram ganhos de saúde, sem precedentes, às novas gerações de doentes e seus familiares. Foram encontradas curas para situações consideradas incuráveis e aumentou o tempo de sobrevivência com melhor qualidade de vida numa escala que nada fazia prever há 50 anos. Mas todas estas conquistas acarretam riscos associados sendo um dos mais importantes a infeção” (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010:28).

O aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos e as IACS têm vindo a destacar-se como um importante problema de saúde pública a nível mundial, pois são uma das maiores dificuldades durante os cuidados hospitalares e/ou ambulatoriais, levando a internamentos e prestação de cuidados muito prolongados e mais dispendiosos (Teodósio, 2015; Oliveira & Paula, 2012; DGS, 2018). Para a Organização Mundial de Saúde (2019), as infeções associadas aos cuidados de saúde são aquelas que a sua origem (ou incubação) surge durante a hospitalização. Segundo Allegranzi, Nejad, Combescure, Graafmans, Attar, Donaldson & Pittet (2011), estas são o resultado mais frequente de cuidados de saúde inseguros em todo o mundo, sendo que “a ocorrência dos eventos adversos é reconhecida como uma falha na segurança do paciente, podendo ocorrer entre 5% a 17%, dos quais 60% podem ser prevenidos” (Oliveira & Paula, 2012:218).

De importância crescente a nível mundial, é imperativo que nenhuma comunidade e respetivas unidades de saúde ignorem todas as implicações e impactos que este problema pode causar nos utentes e na sociedade em geral, levando ao aumento da morbilidade e da mortalidade, prolongamento dos tempos de internamento e, conseqüente, aumento dos custos associados à saúde (DGS, 2018). “Em 1998 o Parlamento Europeu e o Conselho decidiram instituir uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis” (DGS, 2018:10), levando os países a instituir medidas de prevenção e controlo de infeção nas suas unidades de saúde. Surgem então, normas, diretrizes e orientações clínicas nessa linha de pensamento.

Tendo em conta a problemática abordada, a atitude durante o período de estágio foi conduzida de acordo com as boas práticas e no sentido de sensibilizar e despertar os pares, e os elementos da equipa multiprofissional, para a adoção de medidas preventivas e exemplares no que diz respeito às infeções associadas aos cuidados de saúde. Cada vez existem mais dados epidemiológicos que nos mostram que adotar medidas preventivas produzem efeitos positivos e que realmente se conseguem obter bons resultados e diminuir a morbilidade e mortalidade associadas à questão. Muitas vezes as contingências associadas, principalmente ao serviço de urgência, como a escassez de recursos humanos, a grande afluência de utentes ao serviço e a dificuldade de gestão do espaço ou do tempo, podem influenciar negativamente a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

Em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA], que resultou da fusão do Programa Nacional de Controlo da Infecção com o Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana, “surgindo como resposta integrada na abordagem de ambos os problemas, potenciando as oportunidades geradas pela sua interligação” (DGS, 2018:31).

O mesmo plano contempla a criação e Comissões de Controlo de Infecção [CCI] das quais deve integrar pelo menos um enfermeiro a tempo inteiro. Segundo a Ordem dos Enfermeiros este deve ser um enfermeiro especialista com as competências de especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2019).

Com o objetivo de prevenção das IACS, deve ser delineado um plano de ação anual que vise promover cuidados de saúde de qualidade. Plano esse que deve ser monitorizado e avaliado. Tal elaboração e exequibilidade só será possível se a entidade patronal colaborar, nomeadamente, ao nível de incentivos, tais como, condições e materiais adequados para medidas de isolamento, ambiente e equipamento adequado para efetuar esterilização de materiais, formação profissional e uma apertada monitorização e vigilância dos dados epidemiológicos da instituição (Ducel, Fabry & Nicolle, 2002).

Através da interação com o elo do SUP com a CCI foi possível ficar com uma noção das políticas da organização, dos padrões e indicadores relativos ao controlo de infeção no SUP. Houve espaço para partilhar com este colega a perceção das práticas durante os cuidados aos doentes, quer pela observação de momentos da lavagem e desinfeção das mãos ou de utilização de equipamento de proteção individual com troca entre doentes, ou de utilização de material de avaliação entre os mesmos, como é o caso dos monitores de sinais vitais ou do estetoscópio, colaborando com sugestões de melhoria. Refletiu-se também sobre o valor das auditorias e sobretudo da importância que assume o fato de serem realizadas a todos os grupos profissionais. Discutiu-se também com este elemento e com a supervisora, o desafio dos isolamentos no serviço de urgência.

O enfermeiro tem um papel essencial no processo de planeamento, pois “desempenha um papel fundamental na investigação e na vigilância epidemiológica; na formação para a prevenção e controlo da infeção; e, ainda, na gestão das práticas, nomeadamente as que se relacionam com a segurança dos cuidados de enfermagem” (Quadrado, 2012:300).

Foram estabelecidas, a nível nacional, um conjunto de regras, definidas como boas práticas, padronizadas e de implementação obrigatória, tendo como objetivo a prevenção da transmissão cruzada de infeções associadas aos cuidados de saúde” (DGS, 2018:6).

A utilização de normas e práticas suportadas pela evidência têm um impacto fundamental nesta área e nos ganhos em saúde para o doente, profissionais e para a instituição. Neste sentido importa referir a norma 029/2012 da DGS que estabelece e uniformiza as precauções básicas de controlo da infeção a adotar nos cuidados de saúde (DGS, 2013). Foi possível refletir com os supervisores, concluindo-se que apesar de todas as limitações ou condicionantes dos serviços, tanto no SU como na UCI, os profissionais de saúde no seu todo exercem uma postura profissional e responsável, no cumprimento dos procedimentos estabelecidos em cada serviço.

É também exemplo disso, o cumprimento dos procedimentos elaborados pelas CCI dos hospitais, relativamente à Norma DGS 18/2014 (DGS 2015c), referente à prevenção e vigilância da infeção associada ao *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina [MRSA]. O MRSA é o agente responsável por grande parte das infeções hospitalares, o que muitas vezes se traduz no aumento do tempo de internamento, com consequente aumento dos custos em cuidados de saúde, mas sobretudo em complicações ou constrangimentos para o doente/família.

No SU, o procedimento prevê que, inclusivamente, seja feita informação aos chefes de equipa dos resultados da aplicação das medidas de prevenção e controlo para as infeções por MRSA após alta do serviço, numa perspetiva de avaliar o impacto das medidas implementadas e divulgação dos dados aos restantes elementos da equipa.

Ainda relativamente às boas práticas, a CCI do HGO elaborou um procedimento relativamente à Norma DGS 019/2015 (DGS, 2017c). Este procedimento prevê que a técnica de algaliação seja realizada com kit de cateterização vesical pré-preparado (exceto a sonda), com vista à redução da incidência/prevalência da infeção urinária associada a cateter vesical. Pelo que se obedeceu ao procedimento e se fomentou o seu cumprimento.

Na UCI existem procedimentos específicos, principalmente nos cuidados ao doente ventilado, tendo sido possível realizá-los com colaboração do supervisor e compreender a sua importância na prevenção de infeção a doentes de risco.

Foi também possível observar os circuitos de sujos e limpos, e como cada serviço as adequa contribuindo com sugestões de melhoria.

A UC de EMC5 contribuiu com os conhecimentos sobre a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde e de políticas de segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; e a unidade curricular de formação e supervisão em enfermagem, com a realização de dois trabalhos: “Uniformização do procedimento de Enfermagem Cateterismo Vesical” e “Higienização de Materiais e Equipamentos da Unidade do Doente - Plano de Prevenção e Controlo de Infeção”.

Pelo acima referido consideram-se estas competências como adquiridas e desenvolvidas ao longo dos dois momentos de estágio.

O processo de aquisição de todas as competências converge na competência de mestre nº 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade. Considera-se adquirida a competência de mestre nº 7.

CONCLUSÃO

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada não existirão resultados.”

Mahatma Gandhi

Este é, talvez, o pensamento que melhor ilustra o que se sentiu quando se decidiu voltar à escola para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, após alguns anos de prática de Enfermagem.

A História do Homem está marcada por inúmeros eventos que fizeram surgir profissões, e obrigaram muitas outras a acompanhar os desafios das sociedades e a evoluir. Quando em 1860, Florence Nightingale impulsionou, o que anos mais tarde se passou a designar, o início da Enfermagem Moderna, não imaginaria, certamente, o nível de diferenciação, especialização e competências que assistem a profissão do Enfermeiro nos dias de hoje.

A Enfermagem é, na atualidade, uma atividade profissional suportada por uma rede de competências devidamente padronizadas com inúmeras especialidades que procura, incessantemente, corresponder às sociedades atuais, nas quais as patologias cardiovasculares se destacam entre todo o universo de doenças.

Os Serviços de Urgência são os locais de entrada do doente crítico, muitas vezes com compromisso das suas funções vitais, e como tal pressupõe-se um conjunto abrangente de conhecimentos e uma prática profissional de excelência na resposta à pessoa em situação crítica.

A paragem cardio-respiratória apresenta-se como das mais relevantes situações em contexto de urgência/emergência, cuja ação multidisciplinar é preponderante, carecendo, de um apurado domínio e o treino de competências, quer de suporte básico de vida, quer de suporte avançado de vida. Para tal, é essencial a formação prévia em Suporte Básico de Vida a todos os profissionais das unidades de saúde e foi neste sentido que se considera ter contribuído com o projeto de intervenção desenvolvido.

As manobras de Suporte Básico de Vida podem ser realizadas por profissionais de saúde não clínicos. Esta base teórica possui sustentabilidade na

alínea c) do ponto 2 do artigo 21º do Despacho nº 10319/2014 de 11 agosto, referindo que os Assistentes Operacionais devem, obrigatoriamente, ter validadas as competências em Suporte Básico de Vida.

A estratégia do Projeto de Intervenção visou contribuir para a melhoria das competências dos Assistentes Operacionais na execução do algoritmo de Suporte Básico de Vida, num dos serviços de urgência que constitui um nível de abordagem e resolução das situações mais comuns de urgência, um Serviço de Urgência Básica.

Na linha de investigação 'Saúde e Qualidade de Vida', na qual assentou o Projeto de Intervenção, a problemática centrou-se na segurança do doente e o objetivo geral do projeto foi formar os Assistentes Operacionais do SUB de Ponte de Sor na execução do algoritmo de SBV e SBV-DAE. Tendo como referência o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante nos processos de formação dos seus pares e também nos de profissionais de saúde que não enfermeiros, sendo que esta temática em particular remete para a área de intervenção do EEEMCPSC. Metodologicamente, recorreu-se à revisão sistemática de literatura que suportou conceptualmente o projeto, tendo este, sido operacionalizado com a realização de uma sessão de formação. A Ação foi estruturada em dois módulos, com uma forte componente de prática simulada. Procedeu-se á avaliação do desempenho e validação das competências em SBV e SBV-DAE dos Assistentes Operacionais, num cenário de PCR simulada, com utilização de listas de verificação de procedimentos, elaboradas de acordo com as recomendações do ERC referentes às guidelines de SBV de 2015, para levar a efeito a avaliação de competências.

Em matéria de resultados, conseguiu-se que 100% dos Assistentes Operacionais fossem certificados com competências de SBV e SBV-DAE, pelo departamento de formação da ULSNA, superando as expectativas iniciais do Projeto de Intervenção.

Terminada a ação, concluiu-se que a formação em SBV pode e deve ser amplamente alargada a todos, como ferramenta de aquisição de competências no desempenho de funções profissionais e na vida em sociedade.

Deixa-se nota que apesar de se ter envolvido a totalidade dos assistentes operacionais do SUB de Ponte de Sor, o tamanho da amostra foi reduzido para considerar transversais as conclusões da ação. A equipa de Assistentes

Operacionais mostrou-se muito recetiva e predisposta a novas formações, que deixa em aberto a oportunidade para a realização sessões de recertificação destas competências, essenciais para a qualidade dos cuidados e segurança na assistência do doente crítico.

Existiram, contudo, alguns constrangimentos iniciais, associados ao fato do Projeto de Intervenção ser realizado na instituição sem o estágio curricular associado, mas foram ultrapassados.

Considera-se ter sido um privilégio contactar com dois serviços que primam pela excelência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, cimentando e aperfeiçoando assim, as competências essenciais para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nesta vertente.

Este relatório reflete aquilo que, à luz de Benner, foi o percurso ao longo da vida profissional e académica, em busca da melhor evidencia, adquirindo, desenvolvendo e consolidando competências especializadas, com vista aos melhores cuidados de Enfermagem ao doente crítico. A conclusão deste processo formativo, possui subjacente o grau académico de Mestre em Enfermagem, que é entendido como indicador da aquisição das competências de EEEMCPSC. Contudo, as alterações no exercício profissional, ou seja, a verdadeira melhoria e domínio de competências será, em última instância, avaliada pelo doente.

“Pouco conhecimento faz com que as pessoas se sintam orgulhosas. Muito conhecimento, que se sintam humildes. É assim que as espigas sem grãos erguem desdenhosamente a cabeça para o céu, enquanto que as cheias as baixam para a terra, sua mãe.”

Leonardo da Vinci

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abolfotouh, M., Alnasser, M., Berhanu, A., Turaif, D., Alfayez, A. (2017) Impact of basic life-support training on the attitudes of health-care workers toward cardiopulmonary resuscitation and defibrillation. *BMC Health Services Research*, 17(674), doi: 10.1186/s12913-017-2621-5

Aehlert, B. (2007). *Emergências em Cardiologia – Suporte avançado de Vida em Cardiologia* (3ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier Brasil Profissionais

Allegranzi, B., Nejad, S., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L. & Pittet, D. (2011, janeiro). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 9761 (377), 228-241. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61458-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61458-4)

Alligood, M. (2013). *Nursing Theory Utilization & Application*. (5ª ed). Missouri: Mosby

Almeida e Sousa, J. P. (2012). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. *Acta Medica Portuguesa*, 25(1), 37–43.

American Heart Association [AHA] (2015). *Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Texas (EUA): American Heart Association.

American Psychological Association [APA]. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington DC. APA.

Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2012). Guia para o Planeamento e Condução de Exercícios no Âmbito da Proteção Civil. In: *Cadernos Técnicos Prociv* (1–50). Carnaxide: Autoridade Nacional de Proteção Civil.

Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da Dor: Manual de Estudo*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4ªEd.). Nova Iorque: Oxford University Press.

Bem, A. (2013). *Equipa de emergência intra-hospitalar: delinear um futuro próximo*. (Tese de Mestrado). Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em: novembro 2019 retirado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=26002&code=239>

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring - stress and coping in health and illness*. California: Addison-Wesley.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (1ª ed). Coimbra: Quarteto

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Daphne Stannard. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (2ª ed). Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Brykcztnski, K. (2004). De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. In: A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds). *Teóricas de Enfermagem e sua obra* (5ªEd.). (pp. 185-207). Loures: Lusociência.

Catalão, M. (2005). *Equipa de Reanimação Intra-hospitalar* (Dissertação de Pós-Graduação de Urgência e Emergência). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca

Catalão, M. & Gaspar, P. (2017). Dificuldades na assistência à paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar: a perceção dos profissionais de saúde. In M. Dixe; P. Sousa & P. Gaspar (Coords.), *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria, 9-27.

Chiavenato, I. (2005). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. (2ª Ed). Rio de Janeiro: Editora Campus Lda.

Conselho Português de Ressuscitação [CPR] (2010). *Recomendações 2010 para a Reanimação*. Porto: Conselho Português de Ressuscitação. Acedido em: novembro de 2019 retirado de: https://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_18_01.pdf.

Dias, José M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?*. Loures: Lusociência

DGS (2011). Orientação DGS nº018/2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Acedido em outubro 2019, Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx>

DGS (2013). *Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Acedido em janeiro de 2020, Retirado de: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/norma-n-0292012-de-28122012-atualizada-a-31102013.aspx>

DGS (2014). Norma nº 020/2014 de 30 de Dezembro: *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes* (LASA). Direção Geral de Saúde: Lisboa

DGS (2015a). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral Da Saúde, 1–38.

DGS (2015b). Despacho nº 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*. 2ªsérie nº 28, 8–9.

DGS (2015c). *Norma 018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Direção Geral de Saude. Acedido a dezembro 2019 Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>

DGS (2017a). *Preparação e condução de Auditorias da Qualidade e Segurança da Prestação de Cuidados de Saúde*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

DGS (2017b). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

DGS (2017c). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido outubro de 2019 Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2018a). *Norma nº002/2018: Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

DGS (2018b). *Infecções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Duarte, A. & Morgado, S. (2013, julho-setembro). Medicamentos potencialmente perigosos em meio hospitalar. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 125, 1-2. Acedido a: dezembro de 2019, Retirado de: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/bc.108_medicamentos_potencial_perigosos_em_meio_hospitalar_16409164096a12eafe6_900.pdf

Ducel, G., Fabry, J. & Nicolle, L. (2002). *Prevenção de infeções adquiridas no hospital: um guia prático* (2ª Ed). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Escobar, C. (2017). La enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral. *Revista de Enfermedades Cardiovasculares*. 9(4), 279–281.

Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade*. (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª ed) Porto Alegre: Artmed.

Gonzalez, C; Albraldes, R & Andelo, C. (1996). Reanimación Cardio-pulmonar – Qué sabe Enfermería?. *Revista de Enfermeria ROL*, 210, 50-52

Greif, R., Lockey, A., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95, 288-301

Grupo Português de Triagem. (2015). *Uma metodologia de trabalho coerente*. Acedido em: dezembro de 2019 retirado de: <http://www.grupoportuguestriagem.pt>

Hospital Garcia de Orta. (2019). Portal do Hospital Garcia de Orta. Acedido em: dezembro 2019 retirado de: www.hgo.pt/

Huguet, M., Rodas, L., Blasco, M., Quintana, L. F., Mercadal, J., Ortiz-Pérez, J. T., & Poch, E. (2017). Clinical impact of regional citrate anticoagulation in continuous renal replacement therapy in critically ill patients. *The International Journal of Artificial Organs*, 40(12), 676–682.

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2017). Portal do Instituto Nacional de Emergência Médica. Acedido em: dezembro de 2019 retirado de: www.inem.pt
INEM (2011). Instituto Nacional de Emergência Médica Manual de Suporte Avançado de Vida. Edição não comercializada.

Larrabee, J. (2011). *Nurse to Nurse - Prática baseada em evidências em enfermagem*. Porto Alegre: AMGH.

Martins, J. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, 12 (IV), 155-162. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV16074>

Martins, J., Mazzo, A., Baptista, R., Coutinho, V., Godoy, S., Mendes, I., & Trevizan, M. (2012). The simulated clinical experience in nursing education: A historical review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 619-625.

Merino, M.; Silva, P.; Carvalho, M.; Pelloso, S. ; Baldissera, V. & Higarashi, I. (2018 jan-dez). Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. *Rene*. 19(3363), DOI: 10.15253/2175-6783.2018193363

Ministérios das Actividades Económicas e do Trabalho e da Saúde (2005). Portaria n.º 459/2005: Estabelece as normas relativas às condições de emissão dos certificados de aptidão profissional (CAP) e de homologação dos respectivos cursos de formação profissional correspondentes aos perfis profissionais de ajudante de saúde (M/F) e de auxiliar de acção médica (M/F). *Diário da República*, 1ª Série-B, Nº 85/2005, 3270 – 3274.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro: Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República*, 1ª Série, Nº 176, 3159 - 3191.

Ministério da Saúde [MS] (2013). Despacho nº3635/2013 de 7 de março. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 47, 8528-8529

Ministério da Saúde [MS] (2014). Despacho nº 10319/2014. *Diário da República*, 2ª série, nº 153, 20673 – 20678.

Ministério da Saúde [MS] (2015). Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro: Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1ª série, Nº 181, 8059–8105.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*. Setúbal: Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (17), 3–9.

Oliveira, A. & Paula, A. (2012, janeiro-março). Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. *Revista Mineira de Enfermagem*, 1 (17), 217-221. doi: <https://www.doi.org/10.5935/1415-2762.20130018>

Oliveira, F. (2013) *Análise do método START para triagem em incidentes com múltiplas vítimas: Uma revisão sistemática* (Monografia Conclusão Curso Medicina). Salvador: Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Medicina. Acedido a: outubro 2019 Retirado de: https://www.essp.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf

Oliveira, P. (2011). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2008). *DOR - Guias Orientadores de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2009). *Conselho Jurisdicional: Parecer nº160/2009 - Tomada de posição Participação de enfermeiros em processos de formação de profissionais não enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em julho 2020 retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8032/parecer-cj-160-2009-ensino-outros-t%C3%A9cnicos-por-enfermeiros_mb.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). *Mesa do Colégio Da especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Parecer nº20/2015 - Competências do enfermeiro chefe de equipa dos serviços de urgência*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em outubro 2019 retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: janeiro de 2020 . retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015c). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: janeiro de 2020. Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015d). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*. 2ªa Série, nº 123, 17240 - 17243 Acedido em: fevereiro de 2020. Retirado de: em <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2ª Série, nº 135, 19359 - 19370. Acedido em dezembro de 2019. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, nº 26, 4744 - 4750. Acedido em: janeiro de 2020. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019b). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro: Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*. 2ªSérie, n.º 184, 128 - 155. Acedido em: dezembro de 2019. Retirado de: <https://dre.pt/home/-/dre/124981040/details/maximized>

Ordem dos Médicos (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Ordem dos Médicos: Lisboa: Ordem dos Médicos.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2019). The burden of health care-associated infection worldwide. In *Infection prevention and control*. Retirado de: https://www.who.int/infection_prevention/publications/burden_hcai/en/

Peixoto, Paulo (2020). “Modelo de consentimento informado”, *Fontes de Informação Sociológica – Ética e Deontologia na Sociologia*. Acedido em janeiro de 2020, retirado de http://www4.fe.uc.pt/modelo_de_consentimento_informado.pdf

Pereira, Henrique (1994). Formação formal versus formação informal. *Revista Divulgação*, 8(32), 2-1

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (2ª Ed.) Loures: Lusociência

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010, novembro). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10 (temático), 27-39. Acedido em: fevereiro, Retirado de: <http://hdl.handle.net/10400.26/13927>

Pina, E.; Paiva, J.A.; Nogueira, P. & Silva M.G. (2013). *Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses: inquérito 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em: janeiro de 2020 Retirado de: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>.

Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). Plano Nacional de Avaliação da Dor- Resultados. *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*, 21–24. Acedido a: fevereiro 2020, Retirado de: http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf

Pinho, M. (2006). Trabalho em equipa de Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8, 68-87. Acedido em: outubro de 2019. Retirado de: <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>.

Pontes, B., Mendonça, C., Ornelas, G. & Nunes, M. (2008) *Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM*. (Trabalho final de Pós-Graduação em Urgência e Emergência, Universidade Atlântica). Retirado de: www.citma.pt/Uploads/Madalena%20Nunes.pdf.

Quadrado, C. (2012). Infecção associada aos cuidados de saúde – de nightingale aos nossos dias. In *Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje – 100 anos* (1ª ed) (289-303). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Roldão, M. (2003). *Gestão de Currículo e Avaliação de Competências* (1ª Ed). Lisboa: Editorial Presença.

Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. Setúbal: Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. 15(5), 1–38.

Santos, J., Silva, L. (2012). Conceções e práticas do trabalho e da gestão de equipas multidisciplinares na saúde. *Revista de Ciência e Administração*. Santa Catarina: 14 (34), 155-168. ISSN 1516-3865. Retirado de: <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2012v14n34p155>

Saupe, R.; Yoshioka, M.; Arruda, A. (1998). Andragogia na educação em enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 3(2), 74-80.

Schober, M. (2017). Strategic Planning for Advanced Nursing Practice. In *Advanced Practice in Nursing* (9-33). DOI 10.1007/978-3-319-48526-3_2.

Sequeira, C. (2016). *Comunicar com eficácia. Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: LIDEL

Teodósio, E. (2015). Adesão e perceções dos enfermeiros face às precauções padrão (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (2019). Portal da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. Acedido em: janeiro de 2020 retirado de: <http://www.ulscb.min-saude.pt/>

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde



Projeto de estágio
Serviço de Urgência Hospital Garcia de Orta
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
Hospital Amato Lusitano

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos nº 9154

Professora Mariana Pereira

Setembro
2019

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde

Projeto de Estágio
Serviço de Urgência Hospital Garcia de Orta
Unidade Cuidados Intensivos do Hospital de Castelo Branco

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos nº 9154
Professora Mariana Pereira

Setembro
2019

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

Abreviaturas e Siglas

APA - American Psychology Association
OE - Ordem dos Enfermeiros
SIV – Suporte Imediato de Vida
SUB – Serviço de Urgência Básica
SUG – Serviço de Urgência Geral
UCDI - Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
UIMC – Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

INDICE

1. INTRODUÇÃO
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO
3. IDENTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER
 - 3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
 - 3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade
 - 3.3. Domínio da Gestão dos Cuidados
 - 3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais
 - 3.5. Domínio do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a metodologia do curso de mestrado e especialização realizam-se estágios com o objetivo de desenvolver competências clínicas especializadas e competências de investigação. Pretende-se que este seja um momento privilegiado para a integração dos conteúdos das unidades curriculares na prática clínica de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Este estágio enquadra-se na unidade curricular de Estágio Final em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica inserida no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, pela Escola Superior de Saúde de Portalegre. Decorrerá entre os dias 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020 com um total de 336 horas repartidas entre o Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Garcia de Horta e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco.

Este projeto de estágio tem como finalidade regular e orientar as atividades a desenvolver durante este percurso, no sentido de atingir os objetivos gerais e específicos da unidade curricular.

Assim, de forma a corresponder aos pressupostos definidos pelo curso e indo ao encontro do planeamento do mesmo, pretende-se:

- Desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica: A pessoa em situação crítica com base em conhecimentos científicos, técnicos, humanos e culturais.

No que respeita a objetivos específicos:

- Desenvolver saberes e competências necessárias à prestação de cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica;
- Desenvolver competências para cuidar a pessoa/família em crise e em falência multiorgânica;
- Desenvolver competências que permitam a excelência da prática da enfermagem especializada em enfermagem à pessoa em situação crítica na equipa de saúde;
- Desenvolver competências que promovam a capacidade crítica, reflexiva e atitude científica permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional.

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

De acordo com a estrutura do projeto, segue-se o enquadramento do estágio, seguido da identificação das competências a desenvolver. Por último encontram-se as considerações finais.

Este projeto pode ser alterado ou reformulado sempre que as necessidades assim o exijam.

Este documento foi redigido segundo as normas para realização da American Psychology Association (APA).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente pessoa em situação crítica presta cuidados de enfermagem altamente qualificados e de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total. (Diário da República, 2018) sendo que o aluno, em estágio, deverá aplicar e desenvolver essas competências.

Pretende-se que o estágio seja, fundamentalmente, o momento de aplicação prática e de consolidação de todos os conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente. Segundo Benner (2001), “saber” e “saber fazer” constituem dois tipos diferentes de conhecimento (...), sendo que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos fundados sobre a teoria.

O serviço de urgência é, por si só, um contexto de grande diversidade, que pressupõe um conjunto abrangente de conhecimentos na área da intervenção terapêutica perante as situações urgentes e emergentes. O enfermeiro é constantemente posto à prova nas mais diversas dimensões, o que constitui um grande desafio às capacidades e qualidades pessoais de cada um. Fazem parte desta dinâmica o conhecimento especializado, a capacidade de análise e o pensamento crítico, mas também a autoconfiança, o autocontrolo, a flexibilidade, a vontade de fazer mais e melhor, a orientação para o serviço, o trabalho em equipa, a inovação e a liderança.

A escolha do Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta para realização do estágio prende-se, essencialmente, com a motivação e expectativa relativamente à área da emergência. É um serviço que recebe doentes com diagnósticos muito diferenciados, situado numa área geográfica de grande densidade populacional e que me permitirá, à partida, contactar com uma enorme variedade de situações, contribuindo por isso para desenvolver um elevado número aptidões e potencialidades quer a nível técnico, quer a nível relacional. Pretendo que este estágio contribua, não só para a aquisição de competências como enfermeira especialista, mas também para o meu desempenho técnico uma vez que exerço funções num serviço que responde a urgência e emergência, Serviço de Urgência Básica [SUB] e ambulância Suporte Imediato de vida [SIV], com uma casuística mais baixa e com menos recursos.

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

A escolha da UCIP de Castelo Branco passa pela necessidade de contactar com o doente crítico, hemodinamicamente instável em contexto de internamento, com a possibilidade de contactar com técnicas de ventilação e técnicas de substituição renal.

O ensino clínico constitui sempre um desafio para o aluno, seja ele já profissional ou não, sendo que a integração e o desenvolvimento de competências especializadas constituem as duas grandes bases para o sucesso do mesmo.

A integração num novo local e numa nova equipa remete o enfermeiro para um nível de enfermeiro iniciado/iniciado avançado. Pode ser considerado iniciado o enfermeiro que “integra um novo serviço em que não conhece os doentes ou se os objetivos e aspetos inerentes aos cuidados não lhe for familiar.” (Benner, 2001). Segundo a mesma autora, é fundamental ajudar o enfermeiro iniciado a conhecer normas e princípios do serviço e a adquirir experiências práticas para desenvolver as suas competências. O enfermeiro iniciado avançado já fez frente a suficientes situações reais para notar fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas, o conhecimento que demonstra é mais abrangente, o que lhe permite agir de uma forma menos normativa ou rotinizada, no entanto, é preciso experiência para reconhecer esses aspetos em situação real (Benner, 2001).

O Serviço de Urgência peral (SUP) do Hospital Garcia de Orta faz a assistência direta na urgência/emergência aos habitantes dos Concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra e tem responsabilidade complementar assistencial à população dos Hospitais da Península de Setúbal. Recebe ainda doentes neurocirúrgicos e trauma complicado da região sul. Todas as sextas feiras e primeiro fim de semana de cada mês recebe os neurocríticos para tromboectomia numa parceria com os hospitais de Lisboa em sistema rotativo.

O SUP organiza-se em 3 valências: emergência pré-hospitalar, área de ambulatório e internamento.

A atividade de emergência pré-hospitalar assenta na Viatura Médica de Emergência (VMER) de Almada.

A área de ambulatório engloba a triagem, a reanimação, salas de atendimento médico, cirúrgico e de outras especialidades.

O Internamento Médico-Cirúrgico (UIMC) tem 21 camas das quais 12 monitorizadas. É comum que a taxa de ocupação desse serviço seja sempre muito superior à sua capacidade e que o internamento se prolongue, apesar da tentativa constante da gestão de vagas e/ou da tentativa de resolução de casos sociais.

3. IDENTIFICAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

O desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada especialmente dirigidas ao doente em estado crítico é também um fator fundamental do estágio.

Segundo Roldão (2003), ser cientificamente competente implica adquirir competências através da mobilização articulada dos conhecimentos, capacidades, procedimentos e atitudes.

O doente crítico “aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência, depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Diário da República, 2018)

Os cuidados de enfermagem ao doente crítico consistem em “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (Diário da República, 2018)

Os cuidados de enfermagem devem assegurar uma “intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Diário da República, 2018)

As competências do enfermeiro especialista decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, definem-se como competências comuns aquelas que são transversais a todos os especialistas, e em competências específicas as que correspondem a cada área de especialidade. (Diário da República, 2019) A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. (Diário da República, 2019)

Assim, com base nas competências do enfermeiro especialista, estabelecem-se seguidamente as competências a alcançar, de acordo com o domínio em estas que se inserem, com as ações planeadas e respetivos indicadores.

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

3.1.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal			
Competência	Objetivos	Ações planeadas	Indicadores
Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	Desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção, considerando o enquadramento legal	Prestação de cuidados adequados ao utente tendo em conta os seus valores e a tomada de decisão em equipa. Fornecimento de informação acerca dos cuidados de enfermagem ao utente e família	Participa na construção da tomada de decisão em equipa Define estratégias de intervenção em parceria com o utente, se a sua situação clínica o permitir Suporta as decisões em princípios, valores e normas deontológicas
Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	Promover práticas de cuidados de enfermagem que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	Prestação de cuidados respeitando a privacidade do utente Prestação de cuidados de enfermagem sem qualquer tipo de discriminação abstendo-se de juízos de valor.	Promove o respeito pelos valores e a privacidade dos utentes durante a prestação de cuidados Garante um processo efetivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes

Projeto de Estágio – *SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco*

3.2.

<i>Domínio da melhoria contínua da qualidade</i>			
<i>Competência</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Ações Planeadas</i>	<i>Indicadores</i>
Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	Realizar pesquisa sobre protocolos de serviço Colaborar com a equipa nos projetos existentes ou na melhoria dos mesmos	Pesquisa sobre protocolos de serviço e normas de funcionamento	Conhece protocolos e normas do serviço Mobiliza conhecimentos e habilidades garantindo a melhoria contínua da qualidade
Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	Colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade	Planeamento de ações na área de prestação de cuidados Observação do orientador e restante equipa nos diferentes contextos de prestação de cuidados Reflexão sobre mudanças produzidas pelos projetos implementados e necessidades de melhoria Demonstração de disponibilidade, interesse em colaborar em planos de atividades, projetos e programas;	Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento Identifica oportunidades de melhoria Discute com o enfermeiro orientador a necessidade de ações de formação; Esclarece dúvidas e responde ao solicitado; Realiza um Artigo Científico/Poster.

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre

3

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

		<p>Realização de entrevista informal com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador;</p> <p>Identificação das necessidades do serviço;</p> <p>Discussão e análise com o enfermeiro chefe e o enfermeiro orientador acerca de possíveis atividades a desenvolver;</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema de trabalho;</p> <p>Realização de um artigo ou poster com tema a definir, mas relacionado com as necessidades formativas do serviço.</p>	
Garante um ambiente terapêutico e seguro	Participar ativamente na gestão do risco	<p>Identificação os recursos materiais e físicos existentes adequando-os à prática segura</p> <p>Identificação de possíveis situações que possam colocar em risco a segurança do doente</p> <p>Identificação medidas preventivas ou de adaptação de recursos em relação à segurança do doente</p>	<p>Identifica fatores que potenciam o aumento da probabilidade de ocorrência do erro</p> <p>Desenvolve a prática clínica de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência do erro</p>

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

3.3.

<i>Domínio da Gestão dos Cuidados</i>			
<i>Competência</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Ações planeadas</i>	<i>Indicadores</i>
Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde	Integrar a equipa multidisciplinar das unidades de cuidados	<p>Reunião com o enfermeiro chefe e o enfermeiro orientador (conhecimento da estrutura física e funcional do serviço, de documentação/ normas e protocolos inerentes ao funcionamento do serviço e do processo de articulação do serviço de urgência com outros serviços do hospital assim como com outros hospitais</p> <p>Conhecimento dos elementos constituintes da equipa multidisciplinar estabelecendo uma relação de empatia e confiança mútuos</p> <p>Esclarecimento de dúvidas junto da equipa multidisciplinar</p> <p>Conhecimento dos critérios de admissão e alta</p> <p>Participação nas atividades do serviço (passagem de turno, reuniões de serviço, projetos implementados no serviço e atividades terapêuticas);</p>	<p>Conhece as normas e procedimentos do serviço</p> <p>Integra a equipa multidisciplinar demonstrando capacidade de trabalhar de forma adequada colaborando com a mesma na realização das atividades</p> <p>Identifica e compreende dinâmicas de chefia em turnos em que o orientador chefia a equipa</p>

Projeto de Estágio – *SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco*

		<p>Conhecimento dos aspetos culturais da região onde se realiza o ensino clínico;</p> <p>Identificação de situações de aprendizagem, demonstrando interesse, capacidade de tomada de decisão e espírito crítico;</p> <p>Observação e acompanhamento do orientador nos turnos em que chefia;</p>	
Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados	Adquirir e consolidar conhecimentos na organização e gestão do serviço tendo em vista a otimização dos cuidados prestados	<p>Pesquisa bibliográfica na área da gestão das organizações e a sua aplicabilidade nos serviços de enfermagem;</p> <p>Promoção de um relacionamento positivo e produtivo com a equipa multidisciplinar;</p> <p>Colaboração com a equipa na tomada de decisão sobre cuidados de enfermagem;</p> <p>Desenvolvimento de conhecimentos junto do enfermeiro chefe sobre a aplicabilidade das técnicas de liderança na equipa de enfermagem;</p>	<p>Mostra capacidades no domínio técnico, científico, humano e cultural;</p> <p>Reflete sobre as práticas de enfermagem com a equipa multidisciplinar;</p> <p>Revela características da personalidade compatíveis com a função de orientação (empatia, autoconfiança, flexibilidade, intuição, espírito de observação, paciência, perseverança, aptidão e liderança);</p> <p>Demonstra responsabilidade no cumprimento de deveres para com a profissão, a instituição, a equipa e o utente/família.</p>

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

			Reconhece e compreende os distintos papéis e funções dos membros da equipa
--	--	--	--

3.4.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais			
Competência	Objetivos	Ações planeadas	Indicadores
Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;	Integrar a equipa multidisciplinar com postura assertiva e com capacidade de adaptação individual e organizacional	Reflexão sobre comportamentos e atitudes Reflexão sobre as suas limitações	Desenvolve o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa ou com a equipa multidisciplinar Reconhece os seus limites pessoais e profissionais
Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	Suportar a prática clínica em evidência científica	Identificação de necessidades formativas Realização de pesquisas em áreas identificadas como necessárias Colaborar com a equipa em formações existentes	Diagnostica necessidades formativas para melhoria da prática clínica e desenvolvimento da enfermagem Rentabiliza oportunidades de aprendizagem Interpreta e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem

3.5.

Domínio do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica			
Competência	Objetivos	Ações planeadas	Indicadores
Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;	Consolidar e adquirir novos conhecimentos e técnicas que permitam uma atuação assertiva e adequada na promoção, manutenção e recuperação da saúde doente crítico	Observação da atuação da enfermeira especialista/orientadora; Adquisição de conhecimentos teórico-práticos na área da monitorização do doente crítico Adquisição de conhecimentos teórico-práticos na área da ventilação (invasiva e não invasiva); Domínio das tecnologias existentes nos serviços tendo em conta o seu benefício na prestação dos cuidados ao utente/família; Aquisição de destreza manual na realização dos procedimentos relativos aos domínios pretendidos;	É solicitada pela equipa a sua colaboração, sempre que esta deteta casos, em que possa beneficiar a sua prática dos cuidados; Discute com a equipa sobre a prática dos cuidados; A equipa demonstra confiança nos cuidados que presta ao utente/família que lhe estão atribuídos; Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Projeto de Estágio – *SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco*

		Participação em ações de formação realizadas pela equipa do serviço; Consulta de bibliografia sobre as temáticas abordadas;	
	Prestar Cuidados à Pessoa em Situação Crítica	Compreensão dos critérios a ter em conta de modo a conseguir com clareza e rapidez, definir prioridades numa situação de emergência; Identificação precoce de focos de instabilidade, respondendo de forma pronta. Planeamento de cuidados dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. Execução de cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;	Presta cuidados ajustados planeando, executando e avaliando adequadamente as intervenções Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações. Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados Identifica as evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar Estabelece as prioridades de forma correta na prestação de cuidados ao doente crítico

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre

10

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

		<p>Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados reformulando as intervenções, se necessário.</p> <p>Gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor</p> <p>Realização de pesquisa bibliográfica acerca das patologias mais frequentes no serviço de urgência assim como os cuidados de enfermagem inerentes</p> <p>Elaboração de registos inerentes ao processo de enfermagem</p>	<p>Sustenta os seus atos e as suas decisões em bibliografia atual</p> <p>Demonstra conhecimentos acerca de estratégias de alívio da dor (farmacológicas e não farmacológicas)</p>
	<p>Assistir o Utente e Família nas Perturbações Emocionais Decorrentes da Situação Clínica Desenvolvendo uma Relação Terapêutica</p>	<p>Identificação precoce de perturbações emocionais no doente/família decorrentes da situação clínica</p>	<p>Utiliza estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”.</p>

Projeto de Estágio – *SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco*

		<p>Gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.</p> <p>Implementação de estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”.</p> <p>Adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica</p> <p>Avaliação do processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica</p>	<p>Utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica e família</p> <p>Seleciona e adequa as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica.</p>
Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;	Conhecer a aplicação do processo de triagem de Manchester de acordo com os protocolos do serviço em situação de emergência, exceção e catástrofe	<p>Consolidação de conhecimentos teóricos acerca do processo de triagem de Manchester</p> <p>Acompanhamento da enfermeira tutora no processo de triagem, colaborando e esclarecendo dúvidas</p>	<p>Conhece as etapas do processo de triagem</p> <p>Colabora com a equipa no processo de triagem de acordo com os protocolos instituídos no serviço</p>

Projeto de Estágio – SUG Hospital Garcia de Horta/ UCIP Hospital de Castelo Branco

		Colaboração na colheita de dados tendo em vista o processo de triagem	
Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	Prestar cuidados ao doente crítico em situação crítica tendo em conta os princípios de controlo e prevenção da infeção	Pesquisa sobre principais indicações da comissão de controlo de infeção e a sua aplicabilidade no serviço	Demonstra conhecimentos acerca da prevenção da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um projeto surge com o intuito de planejar estratégias, intervenções e atividades para atingir um objetivo.

Este projeto, em concreto, serve para trilhar aquele que será o meu percurso durante os próximos meses, defini objetivos com vista a adquirir competências. A sua elaboração assentou numa reflexão pessoal baseada em pressupostos individuais o que cria diversas expectativas, tanto pessoais com profissionais.

Sendo a enfermagem um a profissão em permanente evolução, com este estágio pretendo consolidar conhecimentos teóricos e práticos e adquirir competências que permitam progresso assim como aperfeiçoamento prático com vista à qualidade dos cuidados prestados ao utente/família.

A realização do estágio assume-se como processo dinâmico e flexível pelo que, ao longo da sua evolução, este projeto poderá sofrer alterações.

5. BIBLIOGRAFIA

Benner, Patrícia (2001). De Iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. 1ª ed. Coimbra: Quarteto

Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018

Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019

Roldão (2003), Gestão de Currículo e Avaliação de Competências, 1ª Edição, Ensinar e Aprender, Lisboa Editorial Presença.

Apêndice II – Revisão Sistemática de Literatura: “Importância da Formação e treino em Suporte Básico de Vida”



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL

***REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA: IMPORTÂNCIA DA
FORMAÇÃO E TREINO EM SBV***

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos nº9154

Docente: Prof. Mariana Pereira

janeiro

2020

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular: Estágio Final

Revisão Sistemática de Literatura: Importância da Formação e Treino em SBV

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos nº9154

Docente: Prof. Mariana Pereira

janeiro

2020

RESUMO

A assistência à pessoa em paragem cardiorrespiratória exige conhecimentos técnico-científicos e exige também aperfeiçoamento da atuação da equipa multidisciplinar, com a valorização dos diversos saberes e da identificação de eventuais lacunas. Na reanimação intra-hospitalar a divisão entre Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida é arbitrária uma vez que todo o processo é um contínuo de intervenções coordenadas; pressupõe-se que perante uma situação de paragem cardiorrespiratória esta seja reconhecida de imediato, que o pedido de ajuda seja realizado de acordo com o algoritmo da instituição, e as manobras de suporte básico de vida são iniciadas o mais precocemente possível, com acesso à desfibrilhação e medicação de emergência. Prevê-se que este processo seja tão célere quanto possível e que se inicie a reanimação em menos de 3 minutos. A resposta adequada perante o doente crítico exige muitas das vezes uma reação imediata e capacidade de decisão efetiva, sendo para tal, preponderante, que as equipas possuam as competências atualizadas, prática regular dos algoritmos e rotinas de execução em equipa devidamente definidas. **Objetivo:** identificar o impacto da formação e treino em Suporte Básico de Vida no desempenho dos profissionais de saúde em reanimação. **Metodologia:** Para a realização da revisão foram utilizados os motores de busca EBSCO Host Web e Biblioteca do Conhecimento Online. Os artigos selecionados cumprem o intervalo temporal entre janeiro de 2015 e janeiro de 2020. Como estratégia de seleção limitou-se a pesquisa a texto integral disponível em inglês ou espanhol, artigos obtidos de fontes primárias com os descritores validados no DeCS, pesquisados no *Abstrat*. Para a elaboração desta revisão foi seguido o desenho metodológico do Joanna Briggs Institute, utilizando a metodologia PICOD para formulação da questão de partida: Qual o impacto da formação e treino em suporte básico de vida no desempenho dos profissionais de saúde em reanimação? **Resultados:** Os achados sistematizados nesta revisão são convergentes quanto à influência da formação e treino em suporte básico de vida no desempenho dos profissionais. O desempenho dos profissionais de saúde em reanimação melhora após a formação e treino em todos os grupos profissionais. Todos os autores se referem à formação prévia em suporte básico de vida como fator preditivo de melhor desempenho. Outro fator identificado em vários estudos como condicionante de bom desempenho é a experiência profissional, nomeadamente o contato com situações reais, como sendo os profissionais que

Revisão Sistemática

trabalham em urgência ou emergência. A prática simulada é motivante e melhora atitudes e confiança face à reanimação. **Conclusões:** A formação e o treino em suporte básico de vida influenciam diretamente o desempenho dos profissionais de saúde em reanimação. O treino sistemático e regular em suporte básico de vida é essencial para assimilação de conhecimentos teóricos em profissionais de saúde e em leigos. É da responsabilidade das instituições de saúde e dos próprios profissionais criarem estratégias para se manterem atualizados e fazer convergir esforços para a uma formação contínua efetiva e de qualidade da equipa multidisciplinar que assiste o doente crítico.

PALAVRAS CHAVE: Reanimação, educação, profissionais de saúde

ABSTRACT

The assistance to the person in cardiorespiratory arrest requires scientific technical knowledge and also requires improvement of performance of the multidisciplinary team with the valorization of the diverse knowledges and the identification of any gaps. In intra-hospital resuscitation, the division between basic life support and advance life support is arbitrary since the whole process is a continuum of coordinated interventions, it is assumed that the cardiorespiratory arrest is recognized immediately, that the aid request is made according to the institution's algorithm, and the basic life support maneuvers are initiated as early as possible, with access to defibrillation and emergency medication. This process is expected to be as swift as possible and that resuscitation be restarted in less than three minutes. The appropriate response to the critical patient often requires a reaction and an ability to react effectively, being for such, preponderant, that teams have updated skills regular practice algorithms and team execution routines properly defined. **Aim:** Identify the impact of education and training in basic life support in the performance of health professionals in resuscitation. **Methodology:** The search engines used the EBSCO Host Web and Biblioteca do Conhecimento Online to carry out the review. The selected articles meet the time interval between January 2015 and January 2020. As a selection strategy, the search was limited to full integral text available in english or spanish, articles obtained from primary sources with validated descriptors DeCS, researched in the Abstract. For the elaboration of this review the methodological design followed was the Joanna Briggs Institute, using the PICOD methodology for formulating the starting question: What is the impact of education and training in basic life support on the performance of health professionals in resuscitation? **Results:** The systematized findings in this review are convergent regarding the influence of education and training in basic life support in the performance of professionals. The performance of the health professionals in resuscitation improves after the education and training in all professional groups. All authors refer that the previous training in basic life support as a predictor of better performance. Another identified factor in several studies as a conditioning factor of good performance is the professional experience, namely the contact with real situations, as professionals working in urgency or emergency. Simulated practice is

Revisão Sistemática

motivational and improves attitudes and confidence in the face of resuscitation.

Conclusions: The education and training in basic life support directly influence the performance in health professionals in resuscitation. The systematic and regular training in basic life support is essential for assimilation of theoretical knowledge in health professionals and lay people. It is the responsibility of health institutions and professionals themselves to create strategies to stay up to date and converge efforts for a continuous effective and quality education of the multidisciplinary team that assists the critical patient.

KEY WORDS: Resuscitation, education, health professionals.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo, morrem diariamente, cerca de 20 mil pessoas, vítimas de morte súbita. Em Portugal estima-se este número ronde as 10 mil pessoas ano (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2019).

A paragem cardiorrespiratória (PCR) consiste na “(...) cessação da circulação e da respiração, reconhecidas pela ausência de batimentos cardíacos e de respiração, num paciente inconsciente. A interrupção súbita das funções cardiopulmonares constitui um tipo de problema que sempre foi um desafio para a medicina” (Cristina, J., Dalri, M., Cyrillo, R., Saeki, T. & Veiga, E., 2009. Segundo Canova, Cyrillo, Hayashida, Pompeo & Dalri (2015), é a situação mais grave dentro das emergências atendidas pelos serviços pré-hospitalares e hospitalares e está associada a níveis de morbilidade e mortalidade elevados mesmo em situações de atendimento ideais.

Na base da resposta à PCR existe a cadeia de sobrevivência, a sua execução traduz-se na redução das sequelas associadas à paragem cardiorrespiratória e no aumento da taxa de sobrevivência. Os elos da cadeia são o reconhecimento precoce e ativação do sistema de emergência médica, a reanimação imediata com instituição das manobras de suporte básico de vida (SBV), a desfibrilhação precoce e, por último, o suporte avançado de vida (SAV) (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2017).

O tempo que existe entre a paragem cardíaca e o início do SBV é um dos fatores mais importantes na recuperação da PCR, pelo que é necessário que quem assista a uma PCR realize de imediato SBV (Escobar, 2017). Estima-se que por cada minuto em ausência de manobras de reanimação, a probabilidade de sobrevivência decresça 10% (Conselho Português de Ressuscitação (CPR), 2010).

Atualmente, assume-se que pode ser alcançada uma taxa de sobrevivência na ordem dos 70%, quando o socorro é rápido, adequado e eficaz, aplicado por socorristas capacitados, sejam estes leigos ou profissionais de saúde (Menezes & Rocha, 2016).

Na PCR intra-hospitalar espera-se que os profissionais iniciem a reanimação, garantindo que em todas as situações seja assegurado o SBV com os adjuvantes da via aérea, desfibrilhação e o SAV, o mais rápido possível (INEM, 2011).

Este procedimento pressupõe formação prévia em suporte básico de vida a todos os profissionais das unidades de saúde.

O SBV é um conjunto de procedimentos bem definidos, com metodologias padronizadas, que, sem recurso a qualquer equipamento, contribuem para preservar a circulação e oxigenação (INEM, 2017; American Heart Association (AHA), 2015). As manobras de reanimação cardiorrespiratória (RCP) permitem um fluxo de sangue, ainda que reduzido, essencial, para funcionamento do coração e cérebro e aumentam a probabilidade de reverter a fibrilhação ventricular (FV) com desfibrilhação. O objetivo principal do SBV será viabilizar a possibilidade de sucesso até à chegada de socorro mais diferenciado, capaz de instituir procedimentos de suporte avançado de vida. (INEM, 2011)

Pacheco & Neves (2004) referem que, a utilização de todos os meios disponíveis no tratamento de uma pessoa doente é um dever dos profissionais de saúde, sempre que haja alguma esperança de recuperação da saúde ou estabilização da doença. Com efeito, (...) têm por obrigação profissional e moral dar o seu contributo e utilizar todos os conhecimentos técnicos possíveis para salvar uma vida.

Na reanimação intra-hospitalar a divisão entre SBV e SAV é arbitrária uma vez que todo o processo é um contínuo de intervenções coordenadas. No intra-hospitalar pressupõe-se que a PCR é reconhecida de imediato, que o pedido de ajuda é realizado seguindo o algoritmo da instituição, e as manobras de SBV são iniciadas o mais precocemente possível, com acesso à desfibrilhação em menos de 3 minutos. Para que tudo isto ocorra, é pertinente que todas as áreas clínicas tenham acesso ao equipamento e fármacos para reanimação. (Conselho Português de Ressuscitação (CPR), 2010)

A assistência à PCR envolve a necessidade de avanços no conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados prestados, bem como, exige um aperfeiçoamento da atuação da equipa multidisciplinar, com a valorização dos diversos saberes e levantamento das dificuldades na atuação. (Catalão, 2005).

Assim, este estudo foi realizado para identificar o impacto da formação e treino em Suporte Básico de Vida no desempenho dos profissionais de saúde em reanimação.

METODOLOGIA

A metodologia adotada para a realização deste estudo foi a revisão de literatura, que pode ser realizada por diferentes métodos dependendo da questão de investigação, das metas que se pretendem atingir, do campo de pesquisa, do tempo disponibilizado e do grau de profundidade que se pretende alcançar com o material recolhido. Uma revisão de literatura (...) tem como principal objetivo resumir o estado da arte num determinado campo. (Vilelas, 2009)

Perante os vários tipos de revisão de literatura optou-se por realizar uma revisão sistemática, uma vez que “as revisões sistemáticas da literatura identificam, num conjunto de estudos publicados sobre determinado tema, aqueles com superior qualidade metodológica, cujos resultados podem ser utilizados na prática.” (Vilelas, 2009).

Numa investigação, a primeira dificuldade é traduzir o foco de interesse, relativamente vago, num projeto de investigação operacional. Como tal, é fundamental enunciá-lo sob forma de pergunta de partida. (Quivy & Campenhoudt, 2008). Neste sentido, foi formulada como questão central desta revisão de literatura: Qual o impacto da formação e treino em SBV no desempenho dos profissionais de saúde em reanimação? Foi seguido o desenho metodológico do Joanna Briggs Institute (JBI, 2017), utilizando a metodologia PICOD. (tabela 1).

Tabela 1. Desenho Metodológico de Estudo	
Patient/Problem	Profissionais de Saúde
Intervencion	Formação e treino em SBV
Comparison	(Não se aplica)
Outcome	Desempenho dos profissionais de saúde em reanimação
Design	Estudo descritivo: revisão sistemática de literatura

Este estudo tem como principal objetivo identificar o impacto da formação e treino em Suporte Básico de Vida no conhecimento e desempenho dos profissionais de saúde em reanimação.

Estratégia de pesquisa

Para a realização da revisão foram utilizados os motores de busca EBSCO Host Web (base de dados: *CINAHL Plus With full text e Medline with full text*) e Biblioteca do Conhecimento Online (base de dados: *Academic Search Complete e ScienceDirect*). A pesquisa foi realizada entre novembro de 2019 e janeiro de 2020.

Validadas nos descritores em Ciências da Saúde DeCs, foram definidas para a pesquisa as seguintes palavras chave: Resuscitation AND Education AND (healthcare professionals OR healthcare workers OR healthcare providers) pesquisadas no *Abstract*.

Os artigos pesquisados e posteriormente selecionados cumprem o intervalo temporal entre janeiro de 2015 e janeiro de 2020. Como estratégia de seleção limitou-se, ainda, a pesquisa a texto integral disponível em inglês ou espanhol, artigos obtidos de fontes primárias (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Estratégia de pesquisa e limitadores	
Base de dados	Estratégia de pesquisa e limitadores
EBSCO Host Web (base de dados: CINAHL complete e MEDLINE complete)	Resuscitation AND Education AND (health professional OR healthcare professional OR healthcare providers) pesquisa no <i>ABSTRACT</i>
Biblioteca do Conhecimento Online (base de dados: AcademicSearch Complete e ScienceDirect)	Resuscitation AND Education AND (health professional OR healthcare professional OR healthcare providers) pesquisa no <i>ABSTRACT</i>
Intervalo temporal entre janeiro de 2015 e janeiro de 2020	
Fontes primárias, texto integral disponível em Inglês ou Espanhol	

Consideraram-se critérios de inclusão: profissionais de saúde e formação em SBV adulto em unidades hospitalares. Como critérios de exclusão foram utilizados: ética em reanimação, presença da família durante a reanimação, radiologia, oncologia, hemodiálise, trauma, sepsis, doença cardiovascular, formação em SBV na comunidade, formação e treino em pediatria, neonatologia e obstetrícia e métodos de treino com simuladores.

Da pesquisa resultaram, inicialmente, vinte sete mil novecentos e cinquenta e dois artigos. Com os limitadores de pesquisa/temporais/linguísticos foram excluídos vinte sete mil oitocentos e sessenta e cinco artigos, ficando a amostra reduzida a oitenta e sete artigos. Considerando os artigos excluídos por duplicação e após leitura integral selecionaram-se seis artigos que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão (**Figura 1**).



Figura 1 - Fluxograma de inclusão e exclusão dos artigos de investigação

A pesquisa foi realizada e analisada por um único revisor crítico com experiência académica e profissional no tema da investigação.

Análise Metodológica

Metodologicamente, foram analisados seis artigos de natureza quantitativa. Os artigos foram categorizados quanto ao nível de evidência de acordo com a classificação Joanna Briggs Institute Levels of Evidence (**tabela 3**). Posteriormente, avaliaram-se os estudos quanto ao grau de recomendação, sendo para tal aplicada a tabela JBI Grades of Recommendation (**tabela 3**). Para garantir a qualidade metodológica individual de cada estudo, utilizaram-se as checklist The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews. (**ver apêndice 1**).

Tabela 3 – Análise Metodológica						
ID	Título	Autores	Periódico (Ano)	Método	Nível de Evidência (JBI)	Grau de Recomendação (JBI)
A	Theoretical Knowledge of Greek Healthcare and Non-Healthcare Professionals on Basic Life Support	Prezerakos, P. et al	International Journal of Caring Sciences (2019)	Estudo quase experimental, pre-test – pos-test	2 d.	A
B	Basic Life Support awareness among resident doctors, medical students, nursing experts, health care providers and their assistentes in Southwest Iran	Forouzan, A. et al	Medical Studies/Studia Medyczne (2018)	Estudo observacional prospetivo	3 e.	A
C	Impact of basic life-support training on the attitudes of healthcare	Abolfotouh, M. et al	BMC Health Services Research	Estudo prospetivo quase experimental	2.c	A

Revisão Sistemática

	workers toward cardiopulmonary resuscitation and defibrillation		(2017)			
D	Does community emergency care initiative improve the knowledge and skill of healthcare workers and laypersons in basic emergency care in India?	Bhoi, S. et al	Journal of Emergencies, Trauma, and Shock (2016)	Estudo observacional prospectivo	3 e.	A
E	Factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales del Perú	Alegria, G. et al	Revista Colombiana de Anestesiología (2017)	Estudo transversal analítico	3 e.	A
F	Emergency nurses' experience of adult basic and advanced lifesupport workstations as a support strategy for clinical practice in the emergency departmentSharyn	Ireland, S. et al	Australasian Emergency Care (2019)	Estudo transversal analítico	3 e.	A

RESULTADOS

Após seleção dos artigos científicos e análise crítica com base nos objetivos do estudo e na questão central, as informações recolhidas dos artigos foram reunidas numa tabela, elaborada de forma a sistematizar os dados, facilitando a sua análise e interpretação.

ID	Objetivo	Participantes	Intervenções	Outcomes	Conclusões
A	Avaliar o conhecimento teórico tanto dos profissionais de saúde como dos leigos acerca de SBV com uso de DAE. Avaliar o efeito da formação em suporte básico de vida (diretrizes ERC 2010) no conhecimento do grupo de profissionais de saúde e no grupo de leigos.	465 participantes dos quais 324 são profissionais de saúde e 141 leigos	(Fev15 a Abr15) Questionário com 3 partes distribuídos em cursos de formação de SBV 1ª parte – dados demográficos 2ª parte – conhecimento teórico sobre SBV 3ª parte – autoavaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Apenas 15,5% (N = 72) dos participantes tinham feito treino em RCP nos últimos 6 meses, os restantes treinaram SBV a última vez há mais de 7 anos. - 97,8% manifestaram predisposição para treinar RCP. - 34,4% já realizaram RCP. - Homens, com habilitações académicas do ensino superior e os profissionais de saúde tiveram melhor pontuação média de conhecimento antes da formação (estatisticamente pouco significativo). - Médicos e enfermeiros demonstraram melhor conhecimento em comparação com auxiliares de enfermagem e leigos <ul style="list-style-type: none"> - A pontuação média do conhecimento antes o treino foi de 5,1 (escala de 0 a 8). A pontuação média do conhecimento após o treino foi de 6,7 (escala de 0 a 8). - O score médio de conhecimento mostrou aumento estatisticamente significativo após o treino. - Em todas as perguntas, houve um aumento estatisticamente significativo do conhecimento teórico após o treino. - Após o treino, as menores percentagens de respostas corretas estavam relacionadas com o algoritmo em 	<ul style="list-style-type: none"> - Os participantes com formação previa, mesmo não obtendo melhor resultado, autoavaliaram-se melhor. - O score de conhecimento teórico pré-curso foi baixo nos dois grupos e houve uma diferença estatisticamente significativa entre profissionais de saúde com ensino superior e leigos. Os baixos níveis de conhecimento teórico iniciais podem ser parcialmente explicados pelo fato de que a maioria da população de estudo <p>Os cursos de suporte básico de vida têm um impacto direto nas habilidades e conhecimentos tanto dos profissionais de saúde como nos leigos. O treino sistemático em suporte básico de vida é essencial para assimilação de conhecimentos teóricos em profissionais de saúde e em leigos. O algoritmo de suporte básico de vida é uma excelente ferramenta de treino. A realização de compressões de alta qualidade e uso de DAE, se disponível, é essencial.</p>

Revisão Sistemática

				com pontuações significativamente mais altas antes e depois do curso.	suporte básico de vida a um socorrista (67,3%), com a correta colocação dos eletrodos do DAE (72,7%) e com a profundidade das compressões torácicas em adultos (82,6%). - Após o treino, as maiores percentagens de respostas corretas são sobre a relação entre as compressões torácicas e as ventilações de resgate com um socorrista (97,8%), a desobstrução de via aérea (93,5%), o ritmo de compressões torácicas e ventilações de resgate com dois socorristas (87,5%), o controlo da reação da vítima (87,1%) e a localização das mãos nas compressões torácicas em adultos (85,8%).	não recertificou competências desde a formação inicial em SBV ou não tinha formação na área. - Tanto os profissionais de saúde, como os leigos realizaram RCP com qualidade pós formação.	Formadores e gestores de saúde devem-se concentrar em estratégias que promovam a retenção de habilidades às várias categorias profissionais. - A recertificação pode melhorar o desempenho da RCP para profissionais de saúde e para leigos. - Existem evidências de que cursos de suporte básico de vida estão associados à melhoria no desempenho e nas habilidades dos participantes - Indivíduos mais treinados têm níveis mais altos autoavaliação, no entanto, isso não está de acordo com o seu conhecimento real
B	Avaliar o nível de consciência dos princípios básicos de ressuscitação no sudoeste do Irão	202 profissionais de saúde	Abr17-Jul17 Questionário duas partes 1ª parte - informações demográficas 2ª parte – avaliação teórica	- 54% dos participantes concluiu com sucesso a formação de RCP anterior. - 34,7% respondeu corretamente a 50% ou mais das perguntas sobre os princípios de compressões torácicas.	As pontuações médias foram 8,45 nos participantes com formação prévia e de 7,31 nos participantes sem formação prévia (score máx. 18). Este achado foi estatisticamente significativo	- O baixo nível de conhecimento teórico parece parcialmente explicado pelo fato de que apenas 54% dos entrevistados que participaram no estudo tinham formação prévia em	- A falta de formação contínua é uma das principais causas de scores mais baixos. Este estudo mostrou que o nível de conhecimento sobre RCP dos diferentes departamentos de

Revisão Sistemática

			de 0 a 18 em conhecimentos de SBV segundo diretrizes AHA	- 15,3% respondeu corretamente às questões relacionadas com as ventilação.	- Especialistas em enfermagem (58 pessoas) pontuaram 8,69, médicos internos (39) pontuaram 8,05 e os restantes prestadores de cuidados (40 pessoas) pontuaram 6,88. - Médicos externos (41 pessoas) pontuaram 6,80. O conhecimento dos assistentes especializados foi significativamente superior ao dos outros. - O conhecimento dos enfermeiros especialistas foi significativamente maior.	RCP, ter um bom conhecimento da teoria é um importante pré-requisito para uma RCP bem-sucedida. - O estudo mostrou que, embora exista baixo índice de conhecimentos sobre SBV de uma forma geral, esse índice é mais significativo nos grupos de médicos externos, auxiliares de enfermagem, e os outros prestadores de cuidados de saúde.	saúde (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde) é baixa e a necessidade de cursos de formação continua é necessária num intervalo mínimo de 6 meses. - É necessário dar maior ênfase à importância da ventilação, que nos cursos devem ser consideradas como parte dos princípios de ressuscitação.
C	Determinar o efeito do treino em suporte básico de vida (SBV) sobre as atitudes dos profissionais de saúde em relação ao início da RCP e ao uso de DAE e investigar os fatores que influenciam essas atitudes.	742 Profissionais de saúde (excluídos do estudo elementos da equipa de resgate, instrutores de SBV e quem nunca fez formação na área)	2 grupos responderam ao questionário 25 questões: prestadores de cuidados de saúde que acabaram de frequentar um curso SBV-DAE (grupo pós-SBV, n = 321) e aqueles que não o fizeram, grupo pré-SBV n = 421)	- A maioria dos participantes pré-SBV e pós-SBV tinha pelo menos três ou mais cursos de SBV anteriores (67,2% e 51,7%). - Foram expostos a casos de paragem cardíaca em pelo menos uma vez no último ano (76% e 61,4%). - Sem certificação SAV (62,5% e 68,5%)	- De uma forma geral as atitudes observadas foram positivas, 53,4% no grupo pré-SBV e 64,8% no grupo pós-SBV, atitudes estas que foram preditas significativamente pela conclusão recente do treino em SBV, pelo número de cursos anteriores de treino em SBV, pela exposição anterior a casos de paragem cardíaca e bem como por baixos índices de preocupação.	- Altos níveis gerais de preocupação foram observados em 36,3% dos participantes do grupo pré-SBV e 37,1% dos grupo pós-SBV. - As principais preocupações relatadas pelos participantes foram falta de treino, falta autoconfiança, falta de cobertura legal, conhecimento da vítima e medo de contrair uma doença.	- Os programas de formação repetidos podem melhorar as atitudes em relação ao desempenho da RCP e ao uso de DAE. - Indivíduos com mais experiência de treino revelam melhor atitude e menos preocupação em relação à RCP e ao DAE. - O treino sistemático e recorrente em RCP é importante. - Tanto as organizações de saúde como os

Revisão Sistemática

			Ambos têm formação anterior			- Os médicos tiveram um score associado ao índice de preocupação significativamente mais baixo do que os enfermeiros. Os scores dos índices de preocupação diminuíram à medida que a experiência de profissional aumentou.	prestadores de cuidados devem estar envolvidos para garantir que estes cursos são realizados e concluídos, para otimizar a confiança no desempenho da RCP. - São necessários estudos futuros para avaliar os efeitos de diferentes frequências e formatos de treino de SBV sobre desempenho em contexto de emergência.
D	Melhorar o conhecimento e a habilidade dos profissionais de saúde e leigos nos cuidados básicos de emergência e identificar o impacto da formação	1283 indivíduos (médicos, enfermeiros e leigos)	4 anos Curso prático BECC Avaliação pré e pós-curso	O score geral de conhecimento em RCP de pré-curso e atendimento de emergência aguda foi de 12,7 (0 a 20). Após o curso Basic Emergency Care Course (BECC) houve uma melhoria significativa, 17,9.	- Ao comparar os grupos médico e não médico, verificou-se que os médicos obtiveram melhor ganho de conhecimento face aos não médicos. - O nível de educação e a profissão influenciam o ganho de conhecimento, com melhor ganho em participantes com ensino superior e pessoal médico.	- Houve um aumento significativo na pontuação após a realização do BECC em todos os grupos, independentemente de seu nível de instrução e profissão.	- O Basic Emergency Care Course é uma excelente iniciativa para melhorar o conhecimento e a habilidade dos profissionais de saúde e leigos na prestação de cuidados básicos de emergência
E	Determinar os fatores associados ao nível de conhecimento	1.075 profissionais de saúde de 25 hospitais no Peru	Set14-Mar15	59,0% tinha pouco conhecimento sobre RCP 62% teve formação anterior de primeiros socorros	- Os médicos e os enfermeiros tiveram melhores médias no teste de RCP, os enfermeiros foram os que obtiveram	- Estava associado a um bom conhecimento em RCP: passar uma maior número de	- O nível de conhecimento acerca da RCP foi baixo, este achado deve ser considerado para a

Revisão Sistemática

	em RCP em hospitais do Peru.		Questionário de conhecimento teórico em RCP Inclui dados sociodemográficos		as melhores notas (63%), seguido pelos médicos (51%).	horas no serviço de emergência, ser médico, ser enfermeiro e ter formação prévia em RCP.	adoção de políticas de atualização e formação contínua de modo a que os profissionais de saúde sejam convenientemente preparados.
F	Relatar as perspectivas dos participantes sobre a sua experiência após o treino nas estações de trabalho. Identificar se o treino aumentava o conhecimento e habilidade na prática de ressuscitação e se estavam mais confiantes em usar clinicamente as suas habilidades e conhecimentos. Além disso, o objetivo deste estudo relacionar o desempenho com a condução de SBV OU SAV nos 6 meses anteriores	143 enfermeiros que trabalham no serviço de emergência	Jul18- jul19 Estações de treino com avaliação Avaliação dos efeitos da formação sob forma de questionário	- O enfermeiros estudados têm formação anual obrigatória em Suporte Básico de Vida - 75% tinham entre 2 e 10 anos de experiência profissional e trabalha no DE até cinco anos (86%). - Cerca de 50% eram da Divisão 1 Grau 2; um terço (33,8%) possuía pós-graduação em enfermagem em terapia intensiva 13,2% estavam a concluir pós-graduação em enfermagem em emergência. - 42% pratica regularmente SBV. 81,8% tem SAV atualizado. Segundo esses enfermeiros, a maioria aplicou as habilidades e o conhecimento do SBV	- Em geral, a maioria dos enfermeiros relatou aumento de conhecimento e habilidades (93,7%) e maior confiança para aplicar os seus conhecimentos e habilidades (91,9%) - As estações de trabalho têm aplicabilidades no desempenho de funções em emergência, incluindo SBV (97,9%), - A satisfação do curso foi o código mais comum. A maioria dos enfermeiros (97,1%) considerou o programa benéfico 80,4% relataram utilizar os conhecimentos e habilidades adquiridos com o programa na prática clínica.	- A aquisição de conhecimento e o conhecimento aplicado clinicamente após o treino nas estações de trabalho foram altamente valorizados. - Possibilidade de recertificar e adquirir novas competências e conhecimentos foi altamente valorizado. - A manutenção de habilidades e a capacidade de praticar habilidades num ambiente de aprendizagem controlado também foram importantes. - A oportunidade de praticar habilidades relevantes para a prática clínica ajuda na preparação para a avaliação anual de competências.	- Ao considerar a educação em reanimação, foi demonstrado que existe benefício em praticar mais vezes em intervalos de tempo menores. O treino regular da prática de ressuscitação forneceu aos enfermeiros de emergência conhecimentos atualizados, a oportunidade de realizar e desenvolver as habilidades necessárias e deu-lhes a confiança necessária para aplicá-las na sua prática diária.

DISCUSSÃO

A assistência ao doente crítico requer capacidade de reação, assertividade, eficácia e discernimento, mesmo nas situações mais delicadas. Para desenvolver competências nesta área, é necessário mobilizar conhecimentos teórico-práticos de forma recorrente, visando a prestação de cuidados ao doente, com recurso a equipamento técnico eficaz e capaz de manter as funções vitais (Catalão & Gaspar, 2017).

Os comportamentos profissionais inerentes à prática de urgência/emergência, consistem na aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade ascendente e descendente, comunicação, autonomia e relações de colaboração multidisciplinares (Pontes, 2008). A ocorrência de situações de paragem cardiorrespiratória são das situações mais relevantes em contexto de urgência/emergência, nas quais o domínio e o treino de competências, quer de SBV, quer de SAV, são fundamentais.

Numa situação de PCR intra-hospitalar a divisão entre SBV e SAV é arbitrária, a prática a reanimação é um continuum, conceito que se baseia no senso comum, esperando-se que os profissionais iniciem a reanimação, garantindo que todas as PCR intra-hospitalares são assistidas com segurança e conhecimento. (Catalão & Gaspar, 2017)

Relativamente ao conhecimento prévio e prática de SBV no estudo de Prezerakos, Dreliozzi, Samartzis, Drosatos, Malliarou, Galanis & Petsios (2016) 15,5% dos participantes tinham feito treino em RCP nos últimos 6 meses, os restantes treinaram SBV a última vez há mais de 7 anos. Já Forouzan, Verki, Khabazipour & Ahmadi (2018) identificaram que 54% dos participantes do seu estudo tinha realizado previamente curso de Suporte Básico de Vida. Alegria, Díaz, Laveriano, Mendoza, Cornejo, Espejo, Arroyo, Vargas, Lamas & Mejia (2017) referem que 62% dos profissionais estudados tinham já realizado formação anterior e constatarem que formação prévia em SBV e maior número de horas de trabalho/experiência no serviço de urgência são preditivos de melhores resultados. Abolfotouh, Alnasser, Berhanu, Turaif & Alfayez (2017) utilizam a formação prévia em SBV como critério de inclusão dos participantes na amostra. Ireland, Marquez, Hatherley, Farmer, Luu, Stevens, Paul & Mitra (2019) descrevem que todos os profissionais incluídos no estudo realizam anualmente formação em Suporte Básico de Vida. Bhoi, Thakur, Verma, Sawhney,

Vankar, Agrawal & Sinha (2016) apesar de fazerem referência à escolaridade dos participantes na sua investigação, não especificam se os mesmos têm formação prévia em Suporte Básico de Vida.

Não obstante a importância do domínio da competência de SBV, foi possível constatar na maioria dos estudos analisados que, quase metade dos profissionais, apesar de trabalharem em meio hospitalar, e alguns em contexto de urgência, não possuem formação em Suporte Básico de Vida ou já a realizaram há algum tempo.

O Conselho Português de Ressuscitação, para além de vincular os protocolos mais recentes e tecnicamente recomendados para a assistência a vítimas de PCR, recomenda a formação dos profissionais de saúde nesta área técnica (Catalão & Gaspar, 2017).

Neste sentido, défices de formação ou competência em Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, pode interferir com a qualidade da prestação de cuidados médico-hospitalares em situações de PCR, e no reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica e neurológica (Herlitz, Bang, Aune, Ekstrom, Lundstron & Holmberg (2000); Greif, Lockey, Conaghan, Lippert, De Vries & Monsieurs, 2015).

Segundo Catalão & Gaspar, (2017) a existência de pessoal treinado e com experiência na execução de SBV e de SAV em situações de emergência, e a perícia na utilização do equipamento de emergência, interfere diretamente com a RCP.

Gonzalez, Albraldes & Andelo (1996) defendem que existem dois métodos para que os profissionais de enfermagem adquiram conhecimentos sobre RCP, um é a realização frequente de técnicas de reanimação e outro a realização de cursos específicos sobre o tema.

Neste contexto, a OMS (1998) citada por Chaves, 2004, referindo-se à formação dos profissionais de saúde, esclarece que os mesmos devem ter a oportunidade de aprender a trabalhar em conjunto, assim como, deveria dar-se tanta ou mais importância às competências relacionais (saber-ser, saber-estar), em relação às instrumentais (saber-fazer) e cognitivas (saber-saber). O treino de habilidades específicas é fundamental, mas é na resolução de cenários completos e complexos, em ambiente de simulação, que são consolidados saberes e se desenvolvem capacidades de raciocínio crítico e tomada de decisão, assim como, competências técnicas, relacionais e éticas (Martins, Mazzo, Baptista, Coutinho, Godoy, Mendes, & Trevizan, 2012).

Relativamente à melhoria de desempenho após formação em SBV, Prezerakos, P. et al (2016) concluíram que o score médio de conhecimento apresenta um aumento estatisticamente significativo, após realização de treino. Forouzan, A. et al (2018) demonstraram que, após realização da formação, existiu uma melhoria significativa com ações mais corretas nas técnicas realizadas e uma abordagem mais segura por parte dos participantes. Por sua vez, Abolfotouh, M. et al (2017) identificaram no seu estudo que o treino induz um aumento na prevalência de atitudes corretas de 53.4% para 64.8% após treino de SBV. Foi ainda perceptível o aumento de uma atitude positiva em relação à realização da prática de SBV e a diminuição do índice de preocupação. Bhoi, S. et al (2016) verificaram que houve um ganho significativo no nível de conhecimento após a realização do curso de SBV em todos os grupos estudados, independentemente do seu nível de instrução e profissão. Já Ireland, S. et al (2019), apesar de referir que todos os participantes estudados tinham curso SBV anual, verificou ainda assim, um aumento de conhecimento, habilidades e confiança. Silva (2006), Veiga (2013) e Kawakame (2015) reforçam também este facto ao referirem que estudos sobre treino em SBV em diferentes locais e com públicos diferentes apontam também resultados positivos. Também Lima, Macedo, Vidal & Oliveira Sá (2009) estudaram o impacto de um programa permanente de treino em SBV e SAV nos profissionais de enfermagem e concluíram que a percentagem total de desempenho da equipa aumentou em mais de 90%.

Deve destacar-se, por outro lado, que a retenção dos conhecimentos e das habilidades adquiridas nos cursos de capacitação podem ser perdidas a longo prazo e há necessidade de atividades de reforço para os profissionais (Meira, 2016). Foi possível constatar essa situação também na pesquisa realizada.

Prezerakos, P. et al (2016) referem que o número limitado de participantes que tinham realizado formação em SBV ou atualização de competências no último semestre pode justificar parcialmente o baixo nível de conhecimento teórico apurado no seu estudo. Os mesmos autores defendem que os cursos de suporte básico de vida têm um impacto direto nas habilidades e conhecimentos dos profissionais de saúde; e que o treino sistemático é essencial para assimilação de conhecimentos teóricos e desempenho em relação à RCP e ao uso de DAE. Forouzan, A. et al (2018) defendem que deverá existir uma formação contínua com prática regular mínima de 6 meses, e que os profissionais devem iniciá-la ainda no curso base. Alegría, G. et al (2017)

também refere que os profissionais que se encontravam em formação tiveram melhores resultados e defende formação contínua para manter a capacitação dos mesmos. Bhoi, S. et al (2016), enfatiza a melhoria do conhecimento e das habilidades e refere que a sua deterioração progressiva é limitadora do desempenho, a menos que seja levado a efeito um programa de treino de atualização.

Greif et al. (2015) e Perkins, Handley, Koster, Castrén, Smyth & Olasveengen (2015), consideram que um período de um a dois anos entre as recertificações de competências em SBV é demasiadamente longo, já que passadas algumas semanas ou meses após a formação se verifica uma deteriorização das competências. Alguns autores concluíram mesmo que passados 3 a 12 meses os enfermeiros diminuem significativamente a sua performance. (Aqel & Ahmad, 2014; Bonacaro, Williams, & Brownie (2014); Finn et al., 2015; Greif et al., 2015; Oermann et al., 2011a; Perkins et al. 2015; Rajeswaran & Ehlers, 2014).

No artigo de Smith, Gilcreast & Pierce (2008), apenas 63% dos enfermeiros obtiveram aprovação na prática simulada três meses após a formação inicial e 58% no final do primeiro ano. Acerca deste assunto, o Conselho Português de Ressuscitação (CPR, 2015) defende que “os intervalos de tempo para ser necessário repetir o treino irão diferir de acordo com as características dos participantes”, opinião também partilhada por Aqel & Ahmad (2014), Finn et al. (2015), Greif et al. (2015), Mpotos, Decaluwe, Van Belleghem, Cleymans, Raemaekers, Derese, & Monsieus (2015) e Perkins et al. (2015), alertando estes últimos que o intervalo deve impreterivelmente ser inferior a um ano.

Para o ERC (2015), Finn et al. (2015), Mpotos et al. (2015) e Rajeswaran & Ehlers (2014), é indispensável a realização de práticas simuladas curtas e frequentes após a formação inicial em SBV, permitindo rentabilizar o tempo dos profissionais e treinar somente as competências de reanimação.

CONCLUSÃO

Na sociedade atual, as patologias cardiovasculares destacam-se entre todo o universo de doenças que atingem as gerações atuais e eventualmente as vindouras, até que a ciência possibilite uma ação preventiva eficiente sobre o funcionamento e envelhecimento de todo o sistema cardiovascular. Certo é, que até esse momento, continuaremos a assistir a um número elevadíssimo de casos de morte súbita.

No fim de linha, recai sobre os profissionais de saúde, fundamentalmente sobre aqueles que desenvolvem a sua ação em serviços de urgência e emergência, a possibilidade limite de reverter situações potencialmente fatais, muitas das quais levando à paragem cardiorrespiratória.

É por isso preponderante melhorar de forma transversal a competência técnica de resposta a uma paragem cardiorrespiratória.

Fica a perceção generalizada que será necessário aumentar a aquisição de competências de Suporte Básico de Vida para a população em geral e de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida para os profissionais de saúde.

Este estudo propôs-se identificar o impacto da formação e treino em Suporte Básico de Vida no desempenho dos profissionais de saúde em reanimação. Após todo o percurso de revisão pode concluir-se que tanto as organizações de saúde como os profissionais de saúde devem estar envolvidos e empenhados para garantir a aquisição de competências de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida, favorecendo a resposta eficiente perante situações de PCR.

A formação aumenta o nível de conhecimento em relação à RCP e o desempenho dos profissionais melhora após a formação.

A formação continua é a ferramenta chave. Os conteúdos da formação devem ser adequados ao nível de conhecimento de cada grupo profissional sendo que cada um tem o seu papel. A formação em SBV pode e deve ser amplamente alargada a todos, como ferramenta de aquisição de competências tanto cognitivas, como sociais.

A componente pratica em contexto simulado é motivante e melhora atitudes e confiança face à RCP.

Indivíduos com mais experiência de treino revelam mais conhecimentos, melhores atitudes e menos ansiedade em relação à RCP e ao DAE.

O intervalo de tempo entre revalidações interfere diretamente no desempenho dos profissionais em reanimação. Em todos os grupos profissionais existe melhoria de conhecimento e desempenho após formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abolfotouh, M., Alnasser, M., Berhanu, A., Turaif, D., Alfayez, A. (2017) Impact of basic life-support training on the attitudes of health-care workers toward cardiopulmonary resuscitation and defibrillation. *BMC Health Services Research* 17:674. doi: 10.1186/s12913-017-2621-5
- Alegría, G., Díaz, A., Laveriano, D., Mendoza, L., Cornejo, J., Espejo, C., Arroyo, L., Vargas, M., Lamas, N., Mejia, C. (2017). Factores asociados al nivel de conocimiento en reanimación cardiopulmonar en hospitales del Perú. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 45(2), 114–121. doi:10.1016/j.rca.2016.12.004
- American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care (2015). Destaques da atualização das Diretrizes da AHA 2015 para RCP e ACE. Texas (EUA): American Heart Association.
- Aqel, A. & Ahmad, M. (2014). High-Fidelity Simulation Effects on CPR Knowledge, Skills, Acquisition, and Retention in Nursing Students. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 11 (6), 394-400
- Bhoi, S., Thakur, N., Verma, P., Sawhney, C., Vankar, S., Agrawal, D., Sinha, T. (2016). Does community emergency care initiative improve the knowledge and skill of healthcare workers and laypersons in basic emergency care in India? New Delhi. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*. 9(1): 10–16. doi: 10.4103/0974-2700.173870
- Bonacaro, A., Williams, G. & Brownie, S. (2014). Teaching basic life support to the digital generation: randomized trial comparing video-assisted versus practical simulation. *connect: The World Of Critical Care Nursing*, 9 (3), 100-104

- Canova, J. D. C. M., Cyrillo, R. M. Z., Hayashida, M., Pompeo, D. A., & Dalri, M. C. B. (2015). Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar: vivências da equipe de enfermagem sob o olhar da técnica do incidente crítico. São Paulo. Revista de enfermagem UFPE On Line, 9(3), 7095-7103.
- Catalão, M. & Gaspar, P. (2017). Dificuldades na assistência à paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar: a perceção dos profissionais de saúde. In M. Dixe; P. Sousa & P. Gaspar (Coords.), Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica Leiria: Instituto Politécnico de Leiria, pp. 9-27.
- Catalão, M. (2005). Equipa de Reanimação Intra-hospitalar. Dissertação de Pós-Graduação de Urgência e Emergência 2004-2005. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
- Chaves, C. (2004). Competências/Sinergias das Equipas de Saúde. Viseu. Millenium-Revista do ISPV, 30, 252-254
- Conselho Português de Ressuscitação (2010). Recomendações 2010 para a Reanimação, Conselho Português de Ressuscitação. Acedido em 10 de agosto de 2017 em https://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_18_01.pdf.
- Cristina, J., Dalri, M., Cyrillo, R., Saeki, T. & Veiga, E. (2009). Vivências de uma equipa multidisciplinar de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. Ciência y Enfermeria XIV (2). 97-105
- Escobar, C. (2017). La enseñanza de la reanimación cardiopulmonar y cerebral, 9(4), 279–281.
- Finn, J., Bhanji, F., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Iwami, T., & ... Bigham, B. (2015). Education, implementation, and teams. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation. 95, 203-224
- Forouzan, A., Maleki Verki, M., Khabazipour, A., & Ahmadi, K. (2018). Basic Life Support awareness among resident doctors, medical students, nursing experts, health care providers, and their assistants in Southwest Iran. Medical Studies, 34(3), 203–210. doi:10.5114/ms.2018.78683

- Fundação Portuguesa de Cardiologia (2019). Dados Estatísticos. In Fundação Portuguesa de Cardiologia. Acedido em 20 de Janeiro de 2019 em <http://www.fpcardiologia.pt/atividades/projeto-salva-vidas/dados-estatisticos/>
- Gonzalez, C, Albraldes, R, Andelo, C. (1996) Reanimación Cardio-pulmonar – Qué sabe Enfermería? Barcelona. Revista de Enfermería ROL, 210, 50-52
- Greif, R., Lockey, A., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. (2015). Education and implementation of resuscitation. Resuscitation, European. Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation, 95, 288-301
- Herlitz J., Bang A., Aune S., Ekstrom L., Lundstron G., Holmberg (2000).- “Characteristics and outcome among patients suffering in-hospital cardiac arrest in monitored and nonmonitored areas”. Resuscitation: Official Journal of The European Resuscitation Council, 48: 125-135.
- INEM. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto, 1ª edição. Instituto Nacional de Emergência Médica
- INEM, (2011), Instituto Nacional de Emergência Médica Manual de Suporte Avançado de Vida. Edição não comercializada.
- Ireland, S., Marquez, M., Hatherley, C., Farmer, N., Luu, B., Stevens, C., Paul, E., Mitra, B. (2019). Emergency nurses’ experience of adult basic and advanced life support workstations as a support strategy for clinical practice in the emergency department. Australia. Australasian Emergency Care. doi:10.1016/j.auec.2019.11.001
- Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual [Internet]. The University of Adelaide; 2017. Disponível em: <www.joannabriggs.edu.au>. Acesso em: 11 dez. 2018.
- Lima, S, Macedo, L, Vidal, M. & Oliveira Sá (2009). Educação permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 93(6): 630-6. <https://doi.org/10.1590/S0066782X2009001200012>
- Martins, J., Mazzo, A., Baptista, R., Coutinho, V., Godoy, S., Mendes, I., & Trevizan, M. (2012). The simulated clinical experience in nursing education: A historical review. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem, 25(4), 619-625.
- Meira L, Souza F, Almeida L, Veloso G, Caldeira A (2016). Avaliação de treinamento em suporte básico de vida para médicos e enfermeiros da atenção

- primária. Rio de Janeiro Rev Bras Med Fam Comunidade. 11(38):1-10. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1231](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1231)
- Menezes, R., & Rocha, A. (2016). Dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória. João Pessoa. Revista InterScientia, 1(3), 2-15
 - Montgomery, C., Kardong-Edgren, S., Oermann, M., & Odom-Maryon, T. (2012). Student Satisfaction and Self Report of CPR Competency: HeartCode BLS Courses, Instructor-Led CPR Courses, and Monthly Voice Advisory Manikin Practice for CPR Skill Maintenance. International Journal Of Nursing Education Scholarship, 9(1), 1-13. ISSN: 1548-923X
 - Mpotos, N., Decaluwe, K., Van Belleghem, V., Cleymans, N., Raemaekers, J., Derese, A., & ... Monsieurs, K. (2015). Automated testing combined with automated retraining to improve CPR skill level in emergency nurses. Nurse Education In Practice, 15 (3), 212-217
 - Oermann, M., Kardong-Edgren, S., Odom-Maryon, T., Hallmark, B., Hurd, D., Rogers, N., & ... Smart, D. (2011a). Deliberate Practice of Motor Skills in Nursing Education: CPR as exemplar. Nursing Education Perspectives (National League For Nursing), 32 (5), 311-315
 - Oermann, M., Kardong-Edgren, S., & Odom-Maryon, T. (2011b). Effects of practice on nursing students' CPR psychomotor skill performance. Resuscitation, 82 (4), 447-453
 - Pacheco & Neves. Para uma ética da Enfermagem – Desafios. Coimbra. Gráfica de Coimbra.
 - Perkins, G., Handley, A., Koster, R., Castrén, M., Smyth, M., Orlasveengen, T., & ... Soar, J. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Adult basic life support and automated external defibrillation. Resuscitation, 95, 81-99
 - Pontes, Bela, et al. (2008) Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM. Trabalho final de Pós-Graduação em Urgência e Emergência Barcarena: Universidade Atlântica. 2008.
 - Prezerakos, P., Drellozi, A., Samartzis, P., Drosatos, V., Malliarou, M., Galanis, P., Petsios, K. (2019). Theoretical Knowledge of Greek Healthcare

- and Non-Healthcare Professionals on Basic Life Support. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1): 321-330.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª Edição. Lisboa: Gradiva.
 - Rajeswaran, L., & Ehlers, V. (2014). Cardiopulmonary resuscitation knowledge and skills of registered nurses in Botswana. *Curationis*, 37 (1), 1-7
 - Silva A (2006). Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
 - Smith K., Gilcreast D & Pierce K. (2008) Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills. *Resuscitation*. 78(1):59-65. doi:10.1016/j.resuscitation.2008.02.007
 - Veiga V, Carvalho J, Amaya L, Almeida J & Rojas S. (2013). Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev Bras Clin Med*.11(3):258-62.
 - Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª ed.) Lisboa: Sílabo.

Revisão Sistemática

APÊNDICES



JBICritical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

Reviewer Maria do Carmo Crisóstomo de Matos Date 21.01.2020

Author Prezerakos, P. et al (A) Year 2019 Record Number

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)



JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer Maria do Carmo Crisóstomo de Matos Date 21.01.2020

Author Forouzan, A. et al (B) Year 2018 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)



JBICritical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

Reviewer Maria do Carmo Crisóstomo de Matos Date 21.01.2020

Author Albolofotouh, M. et al. (C) Year 2017 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)



JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer Maria do Carmo Crisóstomo de Matos Date 21.01.2020

Author Bhoi, S. et al (D) Year 2016 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)



JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer Maria do Carmo Crisóstomo de Matos Date 21.01.2020

Author Alegria, G. et al (E) Year 2017 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)



JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer Maria do Carmo Crisóstomo de Matos Date 21.01.2020

Author Ireland, S. et (F) Year 2019 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include ☒ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Apêndice III – **Cronograma do Projeto de Intervenção**



TAREFAS	outubro 19					novembro 19				dezembro 19					janeiro 20			
	1 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27	28 a 3	4 a 10	11 a 17	18 a 24	25 a 1	2 a 8	9 a 15	16 a 22	23 a 29	30 a 5	6 a 12	13 a 19	20 a 26	27 a 2
Entrega do projeto																		
Pesquisa e análise da bibliografia																		
Apresentação do projeto																		
Elaboração do plano de sessão																		
Elaboração de apresentação																		
Realização do Curso/workshop																		
Redação do artigo científico																		
Entrega do trabalho																		

Apêndice IV – Diapositivos da sessão de formação



Objetivos da sessão

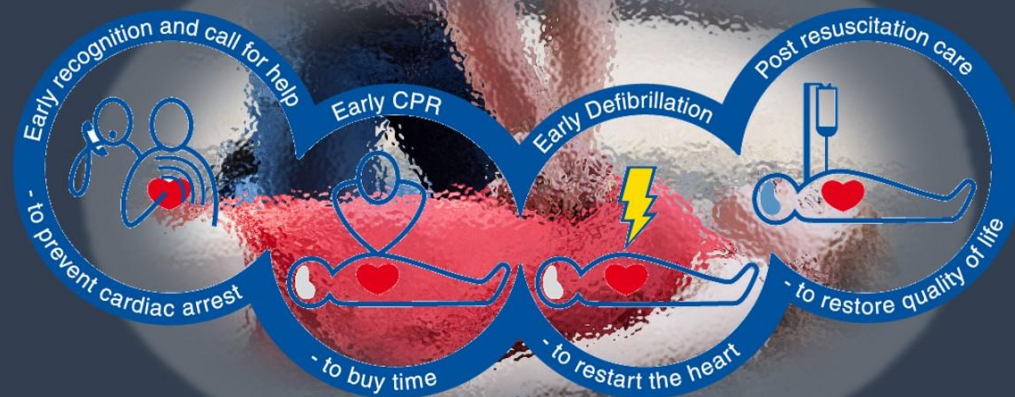
- Descrever a cadeia de sobrevivência;
- Executar o algoritmo SBV;
- Executar o algoritmo SBV com DAE;
- Identificar as regras de segurança perante o uso do DAE.



Carmo Matos 2020

2

A cadeia de sobrevivência...



Carmo Matos 2020

3

Suporte Básico de Vida

Conjunto de estímulos, fundamentalmente mecânicos, sobre os aparelhos respiratório e circulatório, que visam obter um funcionamento mínimo destes aparelhos.



Carmo Matos 2020

4

Suporte Básico de Vida



A
AIRWAY

Permeabilizar a via aérea

B
BREATHING

Ventilação

C
CIRCULATION

Circulação



Carmo Matos 2020

5

Como agir??

1º Garantir que está em Segurança:
Vítima; Reanimador; Terceiros

2º Avaliar o estado de consciência:
Abanar suavemente
Chamar em voz alta

Inconsciente



**Grite por
Ajuda**

Carmo Matos 2020



Como agir??

3º Desapertar roupas e expor o tórax:

4º Efetuar a extensão da cabeça:



Carmo Matos 2020

7

A extensão da cabeça...



Carmo Matos 2020

8

Respira?

- Ver;
- Ouvir;
- Sentir;



10 segundos

Carmo Matos 2020

B
BREATHING

9

Respira?

- Se **NÃO** apresentar sinais de respiração:



Ligue 112 !

Mobilize a Equipa!

Carmo Matos 2020

B
BREATHING

10

Ligar 112, o que devemos dizer ...



- Chamo-me ;
- Estou ;
- Está aqui uma pessoa que não respira;
- Sei fazer SBV, mas preciso de ajuda;
- Posso desligar?



Carmo Matos 2020

11

Percurso da Chamada via 112...



Carmo Matos 2020

12

Iniciar compressões!

30
compressões



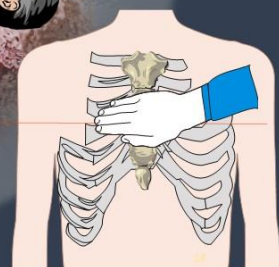
Carmo Matos 2020

13



Como fazer compressões?

- Colocar ambas as mãos ao centro do peito;
- Membros superiores perpendiculares;

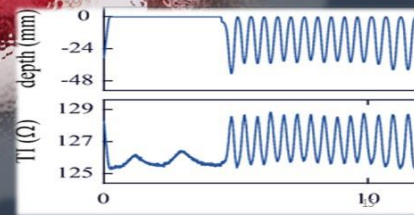
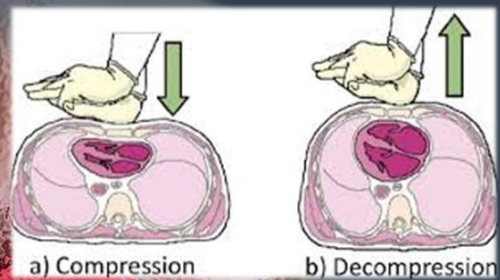


Carmo Matos 2020



Como fazer compressões?

- Compressões com profundidade de 5 a 6 cm;
- Compressões e descompressões em tempos iguais;
- Ritmo de 100 a 120 compressões por minuto;



Carmo Matos 2020

Após 30 compressões, oxigenar...



Carmo Matos 2020

16

Como insuflar?

- Use um dispositivo de proteção;
- Insufle até o tórax expandir;
- Não leve mais do que 1 segundo para insuflar;
- Deixe o ar sair na totalidade;



Carmo Matos 2020

17

Em ambiente exterior ao SUB...



Mantenha as manobras até
chegada dos meios de
socorro



Carmo Matos 2020

18



E se não tiver condições para insuflar?



Carmo Matos 2020

21

VAMOS PRATICAR ?!



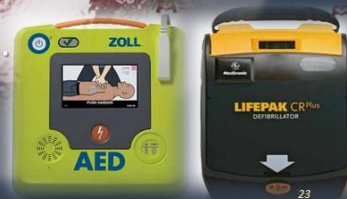
Carmo Matos 2020

22

SBV com apoio de Desfibrilhador Automático Externo



Identifica automaticamente arritmias cardíacas de fibrilhação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso e aplica uma carga de corrente elétrica fazendo com que o coração retome o funcionamento elétrico normal.



Carmo Matos 2020

Como agir??

1º Garantir que está em Segurança:
Vítima; Reanimador; Terceiros

2º Avaliar o estado de consciência:
Abanar suavemente
Chamar em voz alta

Inconsciente



Grite por Ajuda

Carmo Matos 2020



Como agir??

3º Desapertar roupas e expor o tórax:

4º Efetuar a extensão da cabeça:



Carmo Matos 2020

25

Respira?

- Ver;
- Ouvir;
- Sentir;



10 segundos

Carmo Matos 2020

26

Respira?

- Se **NÃO** apresentar sinais de respiração:

Ligue 112!



Carmo Matos 2020

27



Respira?

- Se **NÃO** apresentar sinais de respiração:

Mobilize a Equipa!



Carmo Matos 2020

28



Vá buscar o DAE...



Carmo Matos 2020

29

Como agir??



1º Abra a tampa e ligue o equipamento:



Carmo Matos 2020

30

Como agir??



2º Garanta segurança do tórax antes de colar os eletrodos:

Anular humidade



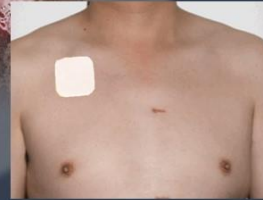
Cortar pelos



Desviar colocação



Retirar pensos



Carmo Matos 2020

31

Como agir??



3º Aplique os eletrodos:



Carmo Matos 2020

32

Como agir??

4º Garanta condições de segurança durante a análise:



Carmo Matos 2020

33

Como agir??

5º Garanta condições de segurança para aplicar choque:



Carmo Matos 2020

34

Como agir??

Não Choque



5º Inicie Suporte Básico de Vida:



Carmo Matos 2020

35

Como agir??

Após Choque
Não Choque



Mantenha o Suporte Básico de Vida e siga as indicações do DAE



Carmo Matos 2020

36



Bibliografia

- Greif, R., Lockey, A., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95, 288-301
- INEM (2017). Instituto Nacional de Emergência Médica Manual de Suporte Básico de Vida. Lisboa : 1ª Edição.

Carmo Matos 2020

38



Apêndice V – Instrumento de avaliação SBV e SBV DAE



GRELHA DE AVALIAÇÃO DE SBV

Nome do Formando: _____ Data da Acção: _____							
Assinatura do Formando : _____ Assinatura do Formador : _____							
	ITENS A AVALIAR	Banca prática 1			Banca prática 2		
		Realiza	Realiza c/ falhas	N/ Realiza	Realiza	Realiza c/ falhas	N/ Realiza
1	Garante condições de segurança						
2	Avalia o estado de consciência (chamando e tocando na vítima, bilateralmente)	2			2		
3	Permeabiliza a via aérea (realiza manobra de extensão da cabeça e elevação do queixo)	3			3		
4	Pesquisa a existência de respiração (VOS, durante 10 segundos)	3			3		
5	Liga 112						
6	Efetua o pedido de ajuda (quem sou, onde estou, o que vejo, o que preciso)	2			2		
7	Efetua compressões torácicas (posicionamento, localização das mãos, depressão tórax entre 5 a 6 cm; frequência 100 a 120/min; compressão igual à descompressão; não interrompe > 10 seg.)	4			4		
8	Efetua insuflações (com expansão visível do tórax; sem fugas; duração de 1" cada)	2			2		
9	Mantem a relação compressões/insuflações (30/2)	2			2		
10	Descreve as situações para reavaliação e suspensão das manobras (substituído, exausto, ordem médica, recuperação da vítima)	2			2		
OBSERVAÇÕES: A classificação final é a melhor nota entre os dois registos;		_____ + _____ = _____			_____ + _____ = _____		
		Classificação Final:					

Versão adaptada com base nas guidelines ERC 2015

GRELHA DE AVALIAÇÃO DE SBV - DAE

Nome do Formando: _____ Data da Acção: _____							
Assinatura do Formando : _____ Assinatura do Formador : _____							
	ITENS A AVALIAR	Banca prática 1			Banca prática 2		
		Realiza	Realiza c/ falhas	N/ Realiza	Realiza	Realiza c/ falhas	N/ Realiza
1	Garante condições de segurança						
2	Avalia o estado de consciência (chamando e tocando na vítima, bilateralmente)	2			2		
3	Permeabiliza a via aérea (realiza manobra de extensão da cabeça e elevação do queixo)	2			2		
4	Pesquisa a existência de respiração (VOS, durante 10 segundos)	2			2		
5	Liga 112						
6	Efetua o pedido de ajuda (quem sou, onde estou, o que vejo, o que preciso)	2			2		
7	Liga o DAE						
8	Garante as condições de segurança do tórax (Identifica e corrige: Humidade; Pelos, Pace-Maker ou CDI, Pensos transdérmicos)	2			2		
9	Aplica os elétrodo; Conecta os elétrodo ao DAE	2			2		
10	Manda afastar durante a análise e garante que ninguém toca na vítima, no DAE ou nos seus cabos						
11	Administra choque em segurança (Identifica O2 como perigo, garante que ninguém toca na vítima)						
12	Efetua compressões torácicas (posicionamento, localização das mãos, depressão tórax entre 5 a 6 cm; frequência 100 a 120/min; compressão igual à descompressão; não interrompe > 10 seg.)	2			2		
13	Efetua insuflações (com expansão visível do tórax; sem fugas; duração de 1" cada)	2			2		
14	Mantem a relação compressões/insuflações (30/2)	2			2		
15	Segue as instruções do DAE	2			2		
OBSERVAÇÕES: A classificação final é a melhor nota entre os dois registos;		_____ + _____ = _____			_____ + _____ = _____		
		Classificação Final:					

Versão adaptada com base nas guidelines ERC 2015

Apêndice VI – **Plano da sessão de formação**



PLANO DE SESSÃO

Local: Serviço de Urgência Básica (SUB) de Ponte de Sor Título: Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo Grupo: Assistentes Operacionais do SUB de Ponte de Sor			Data: 23-01-2020 Hora: 8h 30m Duração: 7 horas Formador: Maria do Carmo de Matos		
Objetivo geral: Dotar os assistentes operacionais com competências técnico-operacionais atualizadas, no âmbito da realização de manobras de suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa (SBV-DAE)					
Objetivos específicos: Reconhecer o conceito de cadeia de sobrevivência; Identificar os potenciais riscos para o Reanimador; Identificar as situações de paragem cardiorrespiratória; Executar corretamente as manobras de SBV, de acordo com as diretivas em ressuscitação em vigor; Descrever o conceito de desfibrilhação automática externa; Identificar as regras de segurança inerentes à utilização do DAE; Descrever os passos e a sequência de intervenção com o DAE; Executar corretamente e em segurança as manobras de SBV com a utilização do DAE, de acordo com as diretivas em ressuscitação em vigor					
Programa	Conteúdos/Estratégias	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos técnico-pedagógicos	Duração	Avaliação
- Apresentação - Contextualização da Formação - Objetivos e conteúdos da sessão	Apresentação do formador e formandos Contextualização do curso e apresentação de objetivos e conteúdos Formulação de questões orais de âmbito diagnóstico	Método expositivo e interrogativo	Computador Projetor Multimédia Tela de projeção Dossier técnico-pedagógico	15'	Diagnóstica (formulação de questões orais)
- Suporte Básico de Vida Adulto (SBV)	Descrever a cadeia de sobrevivência Descrever o algoritmo SBV adulto Descrever a posição lateral de segurança Descrever o algoritmo para a desobstrução da via aérea no adulto Demonstrar do Algoritmo de SBV Adulto, utilizando a metodologia dos quatro passos 1.º passo – executa 2.º passo – Executa explicando 3.º passo – Executa sob orientação dos formandos 4.º passo – Execução por um formando	Método expositivo, demonstrativo e ativo	Computador Projetor Multimédia Tela de projeção Apresentação ppt Manequim SBV Adulto Máscara de bolso com válvula unidirecional Toalhetes com álcool	45'	Não se aplica



PLANO DE SESSÃO

Banca prática I: - SBV adulto (um reanimador) - Demonstração da posição lateral de segurança (PLS) - Demonstração do algoritmo da desobstrução da via aérea (DVA)	- Executar o algoritmo SBV a um reanimador, com recurso a máscara de bolso - Executar algoritmo SBV a dois reanimadores, com recurso a máscara de bolso - Executar PLS e manobras de desobstrução da via aérea (DVA)	Método expositivo, interrogativo, demonstrativo e ativo	Manequim SBV Adulto Máscara de bolso com válvula unidirecional Toalhetes com álcool	55'	Formativa (observação e formulação de questões orais) Sumativa (aplicação de grelha)
Consolidação	Síntese Esclarecimento de dúvidas	Método expositivo e interrogativo		5'	Formativa (formulação de questões)
Objetivos e conteúdos da sessão SBV-DAE	Apresentação de objetivos e conteúdos	Método expositivo		5'	Não se aplica
Desfibrilhação Automática Externa - Workshop: comandos do DAE e colocação de elétrodos - Demonstração do algoritmo de SBVDAE	- Descrever o algoritmo de suporte básico de vida adulto com desfibrilhação automática externa - Descrever as particularidades do algoritmo de SBV-DAE realizado com dois reanimadores - Descrever a aplicabilidade do DAE em pediatria, onde deve ser reforçada a componente da segurança - Descrever e identificar os cuidados na utilização de DAE, na utilização de oxigénio medicinal, em espaços confinados, elevadores e postos de abastecimento, dando especial relevância à segurança - Descrever alguns aspetos legais dos programas DAE - Descrever e demonstrar os comandos do DAE e a colocação dos elétrodos	Método expositivo, demonstrativo e ativo	Computador Projetor Multimédia Tela de projeção Apresentação ppt Manequim SBV Adulto Máscara de bolso com válvula unidirecional Toalhetes com álcool DAE treino Conjunto de lâmina de barbear e compressas Conjunto de elétrodos de treino	50'	Não se aplica



PLANO DE SESSÃO

Banca prática II: - SBV-DAE - sucesso imediato	Executar o algoritmo de SBV-DAE a um reanimador, com recurso a máscara de bolso: - Na primeira análise do DAE deve ser dado choque recomendado - Após a execução do segundo ciclo de SBV, a vítima apresenta sinais de vida e recupera - O formando descreve os procedimentos neste caso	Método interrogativo, demonstrativo e ativo	Manequim SBV Adulto Máscara de bolso com válvula unidirecional Toalhetes com álcool DAE treino Conjunto de lâmina de barbear e compressas Conjunto de elétrodos de treino	50'	Formativa (observação e formulação de questões orais)
Banca prática III: - SBV-DAE – choque não recomendado	Executar o algoritmo de SBV-DAE a um reanimador, com recurso a máscara de bolso: - Na primeira análise do DAE deve ser dado choque não recomendado - Na segunda análise do DAE deve ser dado choque não recomendado	Método interrogativo, demonstrativo e ativo	Manequim SBV Adulto Máscara de bolso com válvula unidirecional Toalhetes com álcool DAE treino Conjunto de lâmina de barbear e compressas; Conjunto de elétrodos de treino	60'	Formativa (observação e formulação de questões orais)
Banca prática IV: - SBV-DAE – Insucesso	Executar algoritmo SBV-DAE a DAE a um reanimador, com recurso a máscara de bolso: - Na primeira análise do DAE deve ser dado choque recomendado - Na segunda análise do DAE deve ser dado choque recomendado	Método interrogativo, demonstrativo e ativo	Manequim SBV Adulto Máscara de bolso com válvula unidirecional Toalhetes com álcool DAE treino Conjunto de lâmina de barbear e compressas; Conjunto de elétrodos de treino	60'	Formativa (observação e formulação de questões orais) Sumativa (aplicação de grelha)



PLANO DE SESSÃO

Banca prática V: - SBV-DAE – sucesso tardio	Executar o algoritmo de SBV-DAE a um reanimador, com recurso a máscara de bolso: - Na primeira análise do DAE deve ser dado choque recomendado - Na segunda análise do DAE deve ser dado choque não recomendado - Após iniciar novamente SBV, o formador dá indicação que a vítima apresenta sinais de vida e recupera	Método interrogativo, demonstrativo e ativo	Manequim SBV Adulto Máscara de bolso com válvula unidirecional Toalhetes com álcool DAE treino Conjunto de lâmina de barbear e compressas; Conjunto de eletrodos de treino	60'	Formativa (observação e formulação de questões orais) Sumativa (aplicação de grelha)
Avaliação e encerramento da sessão	Síntese Esclarecimento de dúvidas Avaliação da ação de formação pelos formandos	Método expositivo e método interrogativo	Dossier técnico pedagógico	15'	Não se aplica

Apêndice VII – Folha de Avaliação da Ação

Ficha de Avaliação da Acção pelo Formando

Designação:		Suporte Básico de Vida											
Entidade:		Unidade Local de Saúde no Norte Alentejano					Local:		SUB de Ponte de Sor				
Data de realização:		23 de janeiro de 2020					Horário:		08:00 h às 16:00 h				

	Muito fraco	Fraco	Suficiente	Bom	Muito Bom															
1. Objectivos da acção																				
a) Os objectivos foram atingidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
2. Conteúdo programático																				
a) Os assuntos abordados contribuíram para aumentar os seus conhecimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
b) Têm aplicação prática nas funções que exerce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
c) Foram cobertos todos os pontos de interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
d) Distribuição dos temas face ao tempo disponível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
3. Organização																				
a) A duração da acção foi a adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
b) Condições de trabalho / sala / equipamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
c) Documentação distribuída.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
d) Cumprimento dos horários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
4. Actuação do(s) formador(es)	Parâmetros																			
Nome(s)	Conhecimentos demonstrados					Capacidade de Comunicação					Relação com os participantes					Metodologia adoptada				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Maria do Carmo Crisóstomo de Matos																				

Legenda: 1-Muito fraco; 2-Fraco; 3-Suficiente; 4-Bom; 5-Muito Bom

	Muito fraco	Fraco	Suficiente	Bom	Muito Bom
5. Avaliação da acção					
a) Avaliação global	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Comentários / Sugestões	(Assinatura facultativa)				

Apêndice VIII – **Consentimento Informado**



CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE INTERVENÇÃO

“Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Capacitação dos Assistentes Operacionais na Execução do Algoritmo de Suporte Básico de Vida”

Foi convidado a participar num projeto associado ao estágio final Curso de Mestrado em Enfermagem, com área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente de Pessoa em Situação Crítica, conduzido por Maria do Carmo Crisóstomo de Matos.

A sua participação é voluntária. Leia por favor a informação em baixo, antes de decidir se vai ou não participar. Se concordar, pedimos que assine no final.

OBJETIVOS DO PROJETO

Objetivo Geral:

Habilitar os Assistentes Operacionais do SUB de Ponte de Sor, na execução do algoritmo de SBV.

Objetivos específicos:

Desenvolver competências em SBV e SBV-DAE a 90% dos Assistentes Operacionais do SUB de Ponte de Sor;

Certificar 80% dos Assistentes Operacionais, enquanto operacionais SBV-DAE. O objetivo do colocar aqui a designação do estudo é colocar aqui o objetivo principal;

No âmbito do projeto atrás referido será realizada uma sessão de formação para validação de competências em Suporte Básico de Vida [SBV] com Desfibrilhador Automático Externo [DAE]. As informações recolhidas serão usadas para elaborar um Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem pelo Instituto Politécnico de Portalegre em associação com a Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Castelo Branco e Instituto Politécnico de Setúbal e serão posteriormente enviadas ao departamento de formação da ULSNA para posterior certificação, enquadrada a sessão no âmbito da Formação em Serviço.

Adaptado de: Peixoto, Paulo (2020). “Modelo de consentimento informado”, Fontes de Informação Sociológica – Ética e Deontologia na Sociologia. Acedido em janeiro de 2020, retirado de http://www4.fe.uc.pt/modelo_de_consentimento_informado.pdf



PROCEDIMENTOS

Se quiser ser voluntário no projeto, será convidado a assistir a uma sessão de formação sobre os algoritmos de SBV e de SBV DAE, e seguidamente, mediante utilização de instrumento de avaliação, será chamado a executar os mesmos com vista ao processo de avaliação para aquisição das competências.

TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados obtidos garante o anonimato dos participantes, em contexto de Projeto de Intervenção, nunca sendo feito qualquer tipo de uso que possa revelar a identidade dos participantes. Nenhum dado será tornado público sem o prévio consentimento dos interessados.

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos assegura que qualquer publicação, incluindo a publicação na Internet, nem direta, nem indiretamente, levará a uma violação do anonimato e da confidencialidade acordadas.

A recolha e análise de dados serão integradas num relatório que ficará em acesso público no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, sendo que o mesmo não conterá quaisquer dados pessoais que possam revelar direta ou indiretamente a identidade de uma pessoa singular. Os dados serão duplicados em dossier técnico-pedagógico da ULSNA que certificará as competências, se conclusão da formação com aproveitamento, em contexto de formação em serviço.

CONFIDENCIALIDADE

Qualquer informação obtida no âmbito do projeto que o possa identificar será confidencial e não será divulgada sem a sua prévia permissão.

Todos os dados recolhidos serão armazenados de forma a permitir a conformidade com a legislação portuguesa e da União Europeia relativa à proteção de dados e à privacidade.

Relativamente à eliminação de dados, no final do projeto, em contexto académico, todos os dados pessoais dos participantes serão eliminados.

Adaptado de: Peixoto, Paulo (2020). "Modelo de consentimento informado", Fontes de Informação Sociológica – Ética e Deontologia na Sociologia. Acedido em janeiro de 2020, retirado de http://www4.fe.uc.pt/modelo_de_consentimento_informado.pdf



RECUSA EM PARTICIPAR

É inteiramente livre de participar ou não neste projeto. Se se voluntariar para participar, é livre de se retirar a qualquer momento sem consequências de qualquer tipo. Também é livre de recusar responder a qualquer pergunta ou de participar numa atividade específica.

RISCOS POTENCIAIS

O estudo não envolve qualquer risco potencial, quer sejam sociais, legais ou Financeiros.

CONTEXTO DO ESTUDO

Este projeto obteve o parecer favorável do Conselho técnico-científico do Instituto Politécnico de Portalegre e autorização do Conselho de Administração da ULSNA.

Compreendo os procedimentos acima descritos. As minhas questões foram respondidas de forma satisfatória e concordo em participar neste estudo. Foi-me dada uma cópia deste protocolo.

Nome

Assinatura Data

Adaptado de: Peixoto, Paulo (2020). "Modelo de consentimento informado", Fontes de Informação Sociológica – Ética e Deontologia na Sociologia. Acedido em janeiro de 2020, retirado de http://www4.fe.uc.pt/modelo_de_consentimento_informado.pdf

Apêndice IX – Revisão Integrativa “Conceptualização de Cuidados de Saúde em Situações de Exceção e Catástrofe - Controlo de Hemorragias”



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada

Docente(s): Prof^a Dra. Mariana Pereira e Prof. Jorge Marques

POSTER: CONCEPTUALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO E CATÁSTROFE - CONTROLO DE HEMORRAGIAS

Maria do Carmo Matos, n.º 9154

Maria Manuela Oliveira, n.º 195

Suzete Caselhas, n.º 4994

Maio

2019

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Enfermagem Médico-Cirúrgica 3
Docente(s): Profª Dra. Mariana Pereira e Prof. Jorge Marques

POSTER: CONCEPTUALIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM SITUAÇÕES DE
EXCEÇÃO E CATÁSTROFE – CONTROLO DE HEMORRAGIAS

Maria do Carmo Matos, n.º 9154

Maria Manuela Oliveira, n.º 195

Suzete Caselhas, n.º 4994

Maio

2019

Índice

RESUMO.....	3
1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA.....	5
3. RESULTADOS/DISCUSSÃO	6
4. CONCLUSÃO	8
BIBLIOGRAFIA.....	8

RESUMO

Atualmente assiste-se a uma mudança de atitude no que respeita à conceptualização de cuidados de saúde em situações de exceção e catástrofe. Estas ocorrências são cada vez mais frequentes, quer por alterações ligadas à génese do nosso planeta, como são exemplo as alterações climáticas, quer pelo exponencial crescimento demográfico. Estas ocorrências traduzem-se geralmente num elevado número de vítimas, sendo primordial a implementação de modelos de gestão da resposta operacional com o objetivo de proporcionar o melhor tratamento ao maior número de indivíduos. Nestes cenários multivítimas, o controlo imediato de hemorragia externas abundantes revela-se essencial, uma vez que as vítimas podem perecer por perda sanguínea, antes da chegada das primeiras equipas de emergência médica. **Metodologia:** O presente artigo consiste numa revisão integrativa da literatura, centrada na problemática do controlo de hemorragia em incidentes com multivítimas, com inclusão de quatro artigos de investigação, retirados da EBSCO e da Biblioteca do Conhecimento Online. **Objetivo:** Identificar estratégias que potenciem o controlo de hemorragias, em situações de exceção. **Discussão:** Os autores consideram que em cenário multivítimas ninguém deve morrer por hemorragia descontrolada. Para resumir a resposta necessária a cenários multivítimas surge o conceito THREAT. É consensual entre os autores que no controlo de hemorragia se deve rentabilizar o potencial da resposta imediata proporcionada pelo cidadão. **Conclusão:** O controlo de hemorragias exsanguinantes é essencial para salvar vidas, ação que em cenário multivítimas é ainda mais relevante, sendo a primeira ação em cuidados de emergência, após garantida a segurança para a intervir. Considerando a reduzida janela de tempo para controlo de hemorragias abundantes, esta ação terá que ser efetuada por pessoas presentes nestes ambientes de exceção. Para que tal seja possível, importa garantir, por um lado, que os cidadãos estejam dotados de competências sustentadas para executar manobras de controlo de hemorragias exsanguinantes, por outro, que os Estados garantam a acessibilidade a equipamento básico para o controlo de hemorragias, fundamentalmente em zonas de maior concentração pública e em locais nevralgicos e suscetíveis de ocorrerem sinistros com elevado número de vítimas.

Palavras chave: controlo de hemorragia, incidentes multivítimas

ABSTRAT

Currently we assist a change of attitude in respect of the conceptualization of health care in situations of exception and catastrophe. On the one hand, these occurrences are more frequent every day, consequent to changes linked to the genesis of our planet, as an example are the changes in climate, and the exponential demographic growth. These occurrences translate themselves regularly in a high number of victims, being primordial the implementation of operational response management models with the purpose of providing the best treatment for the greatest number of individuals. In these multi victim scenarios, the immediate control of heavy external hemorrhages is essential, since the victims might die of blood loss, before the arrival of the first emergency medical teams. **Methodology:** The present article consists of a integrative literature review, problem-focused in the control of hemorrhage in multi victim incidents, with the inclusion of four research articles, withdrawn from EBSCO and the Biblioteca do Conhecimento Online. **Aim:** Identify strategies that empower the control of hemorrhage, in situations of exception. **Discussion:** The authors consider that in a mass casualty event, no one should die from uncontrolled hemorrhage. In order to summarize the necessary response to multi-victim scenarios, the THREAT concept emerges. It is consensual among the authors that in the control of hemorrhage one must monetize the potential of the immediate response provided by the citizen

Conclusion: The control of exsanguinating hemorrhage is essential to save lives, action that in multi victims scenarios is even more relevant, being the first action in emergency care, after security is guaranteed to intervene. Considering the reduced time window for controlling heavy bleeding, this action, to be consequent, must be carried out by people present in the environment of exception. For this to be possible, on the one hand, we need to ensure that citizens are endowed with sustained competencies to perform exsanguinating hemorrhage control maneuvers, on the other hand, that states must guarantee accessibility to basic equipment for the control of bleeding, mainly in areas of greater public concentration and in nevralgic and susceptible places of occurrence of claims with high number of victims.

Key words: Hemorrhage control, mass casualty.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a ocorrência de incidentes com múltiplas vítimas, também chamados de eventos com vítimas em massa, são acontecimentos que independentemente da natureza, provocam, num curto espaço de tempo, um número de vítimas, para as quais os recursos habitualmente disponibilizados, não são suficientes para a resposta adequada (Oliveira, 2013). A partir desse conceito pode-se inferir que um incidente com multivítimas será considerado como tal, de acordo com a capacidade de resposta do sistema de emergência local, num determinado momento.

Existem diferentes tipologias de eventos que originam elevado número de vítimas num espaço de tempo reduzido, nomeadamente, fenómenos naturais, como sejam, sismos, tsunamis, entre outros. Por outro lado, conseqüente às dinâmicas atuais das sociedades ditas, modernas, assistimos a outro tipo de ocorrências enquadráveis como sendo incidentes com múltiplas vítimas. Entre elas, as ações terroristas têm sobressaído pelas suas conseqüências.

O terrorismo internacional tornou-se preocupação dominante nas políticas de muitos Estados, sendo referência frequente nos debates sobre política internacional e sobre defesa nacional. (Martins, 2010).

A frequência cada vez maior de ocorrências, conjugado com uma também maior abrangência do número de países afetados por todo um conjunto de incidentes multivítimas, têm induzido uma mudança de atitude no que respeita à gestão das operações de socorro, assente num princípio basilar, nomeadamente, proporcionar a maior taxa de sobrevivência de indivíduos ao evento. Acidentes de grandes dimensões, incluindo ataques terroristas demonstram a necessidade de uma resposta adequada neste contexto (Sousa, 2012). Consequentemente, têm surgido diferentes metodologias na abordagem a vítimas nestes cenários, constantes em outros tantos modelos de triagem.

Independentemente do modelo de triagem multivítimas, é universalmente reconhecido que a existência de hemorragias externas abundantes é uma das causas mais significativas de falência orgânica e conseqüentemente de morte. Por outro lado, é também universal que o controlo de hemorragias pode ser, num grande número de vezes, uma ação de execução simples e rápida, cujos resultados são preponderantes para a sobrevivência do indivíduo.

2. METODOLOGIA

O método da revisão integrativa viabiliza a capacidade de sistematização do conhecimento científico de forma a que o pesquisador se aproxime da problemática que deseja analisar, traçando um panorama sobre a sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa (Botelho et al, 2011). Tem, segundo Redeker (2000) citado por Botelho et al (2011), o propósito de revisar métodos, teorias, e/ ou estudos empíricos sobre um tópico particular.

Definimos como objetivo principal, no contexto atual do conhecimento em catástrofe, identificar estratégias para controlo de hemorragia exsanguinante em contexto de incidentes com multivítimas.

Descritores da pesquisa: *hemorrhage control, mass casualty*

Para a realização da revisão consultámos a base de dados eletrónica EBSCO e Biblioteca do Conhecimento Online.

Base de dados electrónica observada: EBSCO (*eBook collection (EBSCOhost), Nursing Reference Center, CINAHL Plus With full text, Medline with full text, Cochrane Database of systematic reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina*). Os artigos pesquisados e posteriormente selecionados cumprem o intervalo temporal entre janeiro de 2014 e abril de 2019, aplicando as seguintes palavras-chave: Hemorrhagecontrol AND masscasualtypesquisadas no *Abstract*.

Resultados: Quatro artigos na EBSCO e dez artigos na Biblioteca do Conhecimento Online. Dos catorze artigos foram excluídos dois por repetição. Foram selecionados seis artigos, que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão. Fizemos uma leitura integral dos mesmos e após análise quatro foram considerados pertinentes para o estudo.

3. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Uma das causas de morte que mais facilmente se pode evitar em ambiente pré-hospitalar é a hemorragia externa exsanguinante. De acordo com as diretrizes aprovadas pelo Joint Committee to Create a National Policy to Enhance Survivability From Intentional Mass Casualty Shooting Events, o controlo da hemorragia é essencial para salvar vidas (Jacobs, 2015). O mesmo autor considera que em cenário multivítimas, ninguém deve morrer por hemorragia descontrolada.

Para resumir a resposta necessária a cenários multivítimas surge o conceito THREAT (T- Supressão da ameaça, H – controlo de hemorragia, R – extração rápida para segurança, A – avaliação médica, T – Transporte para cuidados definitivos) [Jacobs, 2015].

Jacobs (2016) reforça num outro artigo que o THREAT surge para resumir os passos adequados garantindo-se que serão salvas o maior número de vítimas destes trágicos acontecimentos. É neste contexto que a controlo de hemorragia se revela essencial, sendo uma ação prioritária e imediata, após garantidas as condições de segurança para quem a executa.

Estes autores referem que existem vários níveis de resposta num acidente em massa, nomeadamente, *Immediate responders* ou seja, cidadãos leigos que estando presentes no local podem fazer controlo imediato da hemorragia, através de ações manuais simples ou recorrendo a equipamentos elementares que podem e devem estar disponíveis; Profissional *first responders*, ou seja, profissionais integrados em sistemas de emergência pré-hospitalar, dotados de competências técnicas, equipamentos apropriados e treino; por último, *Trauma professionals*, profissionais de saúde especializados, que em ambiente hospitalar, dispendo de equipamentos e habilidades necessárias para fornecer cuidados definitivos, findam a cadeia de socorro. (Jacobs, 2015)

Os mesmos autores enfatizam o papel dos *Immediate responders* (público), no sentido de os capacitar para a resposta à emergência. Durante os eventos de vítimas em massa, os cidadãos/leigos presentes no local têm provado ser inestimáveis em responder às necessidades iniciais de controle de hemorragia dos feridos. Tradicionalmente pensados como observadores passivos podem afinal fornecer tratamento eficaz de primeira linha para salvar vidas (Jacobs, 2015).

Jacobs (2016) refere que o controle de hemorragia externa é a intervenção que provou ser mais eficaz no ambiente pré-hospitalar e que é evidente que o elemento do público tem um papel fundamental no socorro e que pode e deve ser ativamente envolvido no controlo da hemorragia até que o cuidado seja transferido aos primeiros profissionais.

Goolsby et al (2015) atestam que o tempo de aplicação rápida de um torniquete (menos de dois minutos) pode permitir que o cidadão/leigo impeça mortes devido a hemorragia. Conjugado com esta linha de raciocínio, Jacobs (2015) vai mais longe e refere, que o público precisa ter conhecimento para se envolver em ações que salvam vidas, nomeadamente, em eventos quotidianos que podem produzir trauma e hemorragia.

Jacobs (2016) refere que, de forma semelhante à reanimação cardiopulmonar (RCP), os programas de treino de controlo de hemorragia devem estar disponíveis ao público, oferecidas pelos empregadores, grupos cívicos e religiosos, escolas e Comunidade de cuidados de saúde em geral.

Goolsby et al (2015) constataram que os leigos estão muito disponíveis a usar torniquetes e que a rápida acessibilidade aos mesmos melhora a predisposição no seu uso. Esta informação pode revelar-se útil para projetar estratégias educacionais de baixo custo e de massa para o público.

Jacobs (2016) defende também que Kits de controlo de hemorragia, devem, à semelhança dos desfibriladores automáticos externos, estar amplamente disponíveis em locais públicos para utilização imediata.

4. CONCLUSÃO

De acordo com os autores dos estudos revisados, o controlo de hemorragias exsanguinantes é essencial para salvar vidas. Ficou também perfeitamente evidenciado que as ações inerentes ao controlo de hemorragias ficam claramente comprometidas, quando ocorrem sinistros multivítimas, situação em que o número de vítimas é superior à capacidade de resposta das equipas de emergência pré-hospitalar de uma determinada área, num determinado momento.

Nas situações de exceção e catástrofe, que na sua maioria, apresentam elevado número de vítimas, a ação do cidadão comum presente no local naquele momento, assume uma importância extrema, uma vez que a ausência de uma ação imediata de controlo de hemorragias exsanguinantes se traduz na morte do indivíduo muito antes da chegada de meios técnicos especializados.

É efetivamente importante desenvolver programas educacionais de aquisição de competências elementares para o controlo de hemorragias, envolvendo não só os sistemas de ensino, como ainda as entidades empregadoras, entidades públicas, com enfoque natural nas instituições de saúde.

Por último, sobressai ainda a importância de existirem disponíveis em espaços públicos equipamentos básicos para controlo de hemorragias, à semelhança do que já acontece, na área dos cuidados de saúde com os equipamentos de suporte básico de vida e de desfibrilhação automática externa. Note-se que alguns dos autores, defendem mesmo a existência de torniquetes junto de desfibriladores, integrados assim num mesmo modelo de acessibilidade, controlo e manutenção.

Rentabilizar o potencial da resposta imediata proporcionada pelo cidadão comum não é um conceito novo em situação de exceção. Da mesma forma que o público tem sido preponderante para iniciar com sucesso a ressuscitação cardiopulmonar em caso de paragem cardiorrespiratória, em ambiente extra-hospitalar, concordamos que também o será em situações de catástrofe, em eventos multivítimas, no controlo de hemorragias exsanguinantes

BIBLIOGRAFIA

- Botelho, L., Cunha, C., Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5 (11) 121-136. Disponível em <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Goolsby, C., Branting, A., Chen, E., Mack, E. & Olsen, C. (2015, Setembro). Just-in-time to Save Lives: A Pilot Study of Layperson Tourniquet Application. *Academic Emergency Medicine*, 9 (22) 1113-1117. DOI: 10.1111/acem.12742
- Jacobs, L. (2015, Agosto). The Hartford Consensus III: Implementation of Bleeding Control. *Connecticut State Medical Society*, 7 (79), 431-435. Disponível em <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=f9d60b71-2343-4162-b1d3-4cbdfab45d1%40pdc-v-sessmgr03>
- Jacobs, L. (2016, Abril). The Hartford Consensus IV: A Call for Increased National Resilience. *Connecticut State Medical Society*, 4 (80) 239-244. Disponível em <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=f9d60b71-2343-4162-b1d3-4cbdfab45d1%40pdc-v-sessmgr03>
- Lei, R., Swartz, M., Harvin, J., Cotton, B., Holcomb, J., Wade, C., Adams, S. (2019, Fevereiro). Stop the Bleed Training empowers learners to act to prevent unnecessary hemorrhagic death. *The American Journal of Surgery*, 2 (217) 368-372 DOI: 10.1016/j.amjsurg.2018.09.025
- Martins, R. (2010, Outubro) *Acerca de terrorismo e terrorismos* (Série III, nº1). Lisboa, Portugal: Instituto da defesa Nacional.
- Oliveira, F. (2013) *Análise do método START para triagem em incidentes com múltiplas vítimas: Uma revisão sistemática* (Monografia Conclusão Curso Medicina). Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Medicina, Salvador, Brasil. Disponível em https://www.essp.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1-bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf
- Sousa (2012, Janeiro). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. *Acta Med Port*, 1 (25) 37-43

Apêndice X – Poster “Conceptualização de Cuidados de Saúde em Situações de Exceção e Catástrofe - Controlo de Hemorragias”

Mestrado em Enfermagem Em associação



Controlo de Hemorragias - Conceptualização de Cuidados de Saúde em Situações de Exceção e Catástrofe

Matos, Maria ^(1,2); Oliveira, Maria ^(1,2); Caselhas, Suzete ^(1,2); Marques, Jorge ⁽⁴⁾; & Pereira, Mariana ⁽⁵⁾;

⁽¹⁾ Serviço de Urgência Básico de Ponte de Sor; ⁽²⁾ Mestrandos no curso Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica; Unidade Curricular: Enfermagem Médico Cirúrgica 3; ⁽⁴⁾ Professor na ESS do IP Portalegre; ⁽⁵⁾ Professora Adjunta na ESS do IP Setúbal

Introdução

- As situações de exceção e catástrofe são cada vez mais frequentes, consequentes a alterações ligadas à génese do nosso planeta e ao exponencial crescimento demográfico;
- Estes cenários originam por norma sinistros com multivítimas;
- Nas ocorrências multivítimas as situações de hemorragia exsanguinante contribuem para um elevado número de mortos.



Fig. 1: Apoio psicológico internacional a vítimas de ataques de Boston, 2013

Objetivo

- Identificar estratégias que potenciem o controlo de hemorragias, em situações de exceção.

Metodologia

- Revisão integrativa de literatura com suporte da base de dados eletrónica EBSCO e Biblioteca do Conhecimento Online.

Resultados e Discussão



- Indivíduos presentes no local podem controlar imediatamente a hemorragia (Jacobs, 2015);
- Aplicação rápida do torniquete (menos de 2 min.) por elemento do público (Goolsby et al, 2015);
- Programas de treino de controlo de hemorragia disponíveis ao público e oferecidas pelos empregadores, Comunidade de cuidados de saúde em geral. (Jacobs, 2016);
- Kits de controle de hemorragia, devem, à semelhança dos desfibriladores automáticos externos, estar amplamente disponíveis em locais públicos para utilização imediata. (Jacobs, 2016);

Conclusões

- A ação dos cidadãos presentes no local de uma ocorrência multivítimas reveste-se de importância extrema no controlo de eventuais hemorragias exsanguinantes, uma vez que a ausência de uma ação imediata se traduz em morte do indivíduo;
- A implementação de programas de formação para o público e a disponibilidade de equipamentos próprios para o controlo de hemorragias, em espaços com elevada concentração de pessoas, tal como acontece com os desfibriladores automáticos externos, favorece a sobrevivência em caso de ocorrência multivítimas.



<https://www.theguardian.com/world/2013/jun/13/indian-train-derailment-accident-photos>

Referências

Goolsby, C., Branting, A., Chen, E., Meck, E. & Olsen, C. (2015, Setembro). Just-in-time to Save Lives: A Pilot Study of Layperson Tourniquet Application. Academic Emergency Medicine, 9 (22) 1113-1117. DOI: 10.1111/ajem.12742; Jacobs, L. (2015, Agosto). The Hartford Consensus III: Implementation of Bleeding Control. Connecticut State Medical Society, 7 (79), 431-435. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com>; Jacobs, L. (2016, Abril). The Hartford Consensus IV: A Call for Increased National Resilience. Connecticut State Medical Society, 4 (80) 239-244. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com>; Lei, R., Swartz, M., Harvin, J., Cotton, B., Holcomb, J., Wade, C., Adams, S. (2019, Fevereiro). <https://doi.org/10.1016/j.jamvsurg.2018.09.025> *Stop the Bleed Training empowers learners to act to prevent unnecessary hemorrhagic death. The American Journal of Surgery*, 2 (217) 368-372 DOI: 10.1016/j.jamvsurg.2018.09.025

ANEXOS

Anexo I – Declaração do Docente Orientador



DECLARAÇÃO

Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira, professora adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, declara que aceita orientar Maria do Carmo Crisóstomo de Matos, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, ramo/Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no desenvolvimento do seu projeto intitulado: "Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Capacitação dos Assistentes Operacionais na Execução do Algoritmo de Suporte Básico de Vida".

Setúbal, 11 de novembro de 2019

Mariana Pereira

(Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira)

Anexo II – Certificado de Formador SBV-DAE



 Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/02/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que MARIA DO CARMO CRISÓSTOMO DE MATOS, nascido(a) a 06/07/1986, em Gavião, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 13055161, concluiu com aproveitamento, em 01/03/2013, o Curso de Formação Profissional.

Laboratório de Formação SBV-DAE

que decorreu de 01/03/2013 a 01/03/2013, com a duração total de 8.00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.7 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro Formação Lisboa, 01/03/2013

O Director do Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Luis Alberto Rodrigues Alves Meira)

Certificado n.º 1/062-1.1-0912/11636/25731/2013

Válido até Março de 2016

Mod.INEM.061/1

Laboratório de Formação SBV/DAE

Modalidade da Formação:

Formação Inicial.

Área de Formação:

Formação de Formadores.

Plano Curricular:

- Apresentação de Palestras;
- Algoritmo de Suporte Básico de Vida Adulto;
- Algoritmo de Desfibrilhação Automática Externa;
- Práticas de Execução de Tarefas;
- Práticas de Orientação de Casos;
- Avaliação Prática.

Competência Adquirida:

Formador de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa.

Anexo III. Autorização do Conselho de Administração da ULSNA



João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

Exmº. Sr.

Presidente do Conselho de Administração

Unidade Local de Saúde do Norte
Alentejano - ULSNA
Av. Santo António
7300-Portalegre

Sua referência_

Sua comunicação_

Nossa referência:
SAI_ESS/2019/381

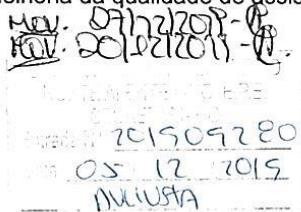
Data: 03/12/2019

Assunto: Pedido Autorização Projeto de Mestrado

Considerando que, o Ministério da Saúde, acolhendo as sugestões e propostas da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CPRNEU), através do Despacho nº 10319/2014 de 11 agosto, direciona os Conselhos de Administração dos Hospitais na promoção da formação aos profissionais de atendimento da Rede nos SUB, no SUMC e no SUP, realçando que os Assistentes Operacionais devem obrigatoriamente ter validadas as competências em Suporte Básico de Vida, considerando ainda que nas competências do Enfermeiro Especialista está prevista a colaboração e gestão de projetos e programas relacionados com a melhoria continua da qualidade e a manifestação da necessidade deste tipo de formação pela Srª Enfermeira Chefe do serviço, vimos solicitar autorização para que Maria do Carmo Crisóstomo de Matos, Enfermeira do mapa de pessoal da ULSNA a desempenhar funções no SUB de Ponte de Sor, estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, no Instituto Politécnico de Portalegre, possa desenvolver um Projeto no contexto de estágio final, sob a orientação da Sra. Prof. Mariana Pereira na SUB de Ponte de Sor.

As linhas orientadoras para a definição e concretização deste Projeto de estágio final são, por um lado, contribuir para o desenvolvimento do serviço onde desempenha funções na garantia da segurança dos utentes que aí recorrem, por outro, desenvolver uma temática de interesse pessoal que conjuga a formação em serviço com as competências em suporte básico de vida.

Pretende assim realizar formação às Assistentes Operacionais sobre suporte básico de vida, tendo como objetivo, contribuir para a melhoria das competências dos Assistentes Operacionais na execução do algoritmo de Suporte Básico de Vida, que consequentemente, contribuirá para a melhoria da qualidade de assistência e segurança ao doente crítico.



Campus Politécnico, Edifício 1 | 7300-555 Portalegre | T +351 245 300 200 | F +351 245 300 230 E geral.ess@ipportalegre.pt

www.essp.pt.

Ex. Sr. Presidente do CA,
Sr. Dr. João Reis,

Sou a informar que
este Profissional é nossa
Colaboradora na Sub-de
Ponte de S.

Esta área técnica que
pretende ser desenvolvida é
do interesse da formação
e serviços da própria
SUB.

Somos pois a propor a
sua autorização para
realizar o mesmo.

19 dez 2019

ALBERTO CORREIA ALVES
Enfermeiro Supervisor
Responsável SFIBD - ULSKA, EPE

Devolva a capacitação
do profissional
para a formação

2019/12/23

João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

Ex. Sr. Presidente do CA,
Sr. Dr. João Reis, de
acordo com o solicitado,
sou a informar que
a Sr. Eng.ª de Carlos Patro
detém a competência
indispensável para fazer esta
formação, designadamente
a formação de formadores
SBI/DPB do INEH e o CAP,
cf. anexos.

Pelo exposto, proponho a
sua autorização.

26 dez 2019

ALBERTO CORREIA ALVES
Enfermeiro Supervisor
Responsável SFIBD - ULSKA, EPE

Autografado
João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

Anexo IV. Parecer do Concelho Técnico-Científico do Instituto Politécnico de Portalegre

17/07/2020

Email — Maria do Carmo Matos — Outlook

Aprovação de Projetos de Mestrado

Raul Cordeiro <raulcordeiro@ipportalegre.pt>

Ter, 10/12/2019 15:59

Para: Vera Pombo <vera.pombo@ipportalegre.pt>; Correspondencia ESSP <correspondencia.ess@ipportalegre.pt>; Adriano Pedro <apedro@ipportalegre.pt>

1 anexos (109 KB)

DeliberacaoCTC252019PropostasMestrado20192020.pdf;

Caro(a) Estudante

Considerando:

-O Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação,

O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa

Sobre este assunto foi tomada a Deliberação 2019/25 de 4 de dezembro do CTC da ESS do Politécnico de Portalegre.

Com os melhores cumprimentos

Raul Cordeiro

Presidente CTC

Raul Alberto Cordeiro, PhD

Professor Adjunto (Associate Professor)

Presidente do Conselho Técnico-Científico (Chairman of the Technical and Scientific Council)

Vice-Presidente do Conselho Geral do IPPortalegre (Vice-Chairman of the General Council)

Gestor de Ensino e Formação (Education and Training Manager)

Mobile: +351932058551

[Google Académico](#) | [ResearchGate](#) | [ResearchID](#) | [ScopusID](#) | [ORCID](#) | [Ciência ID0713-F34C-FD75](#)



Campus Politécnico, 10 | 7300-555 Portalegre
T +351 245 300 200 | F +351 245 300 230 | E geral.ess@ipportalegre.pt
www.essp.pt



Formação, investigação e desenvolvimento científico e tecnológico, serviços à comunidade e serviços sociais, em todas as unidades orgânicas do IPP.



Pense no ambiente antes de imprimir este e-mail.

<https://outlook.live.com/mail/D/search/d/AQQk:ADAwATZiZmYAZC1hM2Y1LVVMxZTU0MDACLTAwCgAQANPE%2BZ1xIU9MgsL88AQm0CA%3D/...> 1/1

Anexo V. Parecer do Enfermeiro Chefe, SUB Ponte Sor

17/07/2020

Correio – Maria Do Carmo Crisostomo De Matos – Outlook

Formação de SBV-DAE

Constancia Maria Esteves Florindo Matos <Constancia.Matos@ulsna.min-saude.pt>

qui, 05/12/2019 10:50

Para: Alberto Antonio Correia Alves <Alberto.Alves@ulsna.min-saude.pt>

Cc: Sergio Simão Antunes Carvalho <Sergio.Carvalho@ulsna.min-saude.pt>; Maria Do Carmo Crisostomo De Matos <maria.c.matos@ulsna.min-saude.pt>; Isabel Maria Queiros Martins Taveira Pinto <Isabel.Pinto@ulsna.min-saude.pt>

3 anexos (3 MB)

Cert. Form. Enf. Carmo Matos 1.png; Cert. Form. Enf. Carmo Matos.png; Certificado Formadora Carmo Matos DAE, verso.jpg;

Bom Dia Sr. Enfe Alberto

Venho solicitar a realização de Formação de SBV-DAE no Centro de Saúde de Ponte de Sor, dirigida em especial para os Assistentes Operacionais da ULSNA, e existindo uma SUB neste Centro de Saúde mais pertinente se torna fazer esta Formação.

Proponho como Formadora a Enfe Mª Carmo Matos, Enfermeira da SUB/SIV de Ponte de Sor por esta estar certificada como Formadora. (Anexos)

Com os melhores cumprimentos,

Constancia Maria Esteves Florindo Matos
Enfermeiro Chefe

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO-EPE | UCSP Ponte de Sôr

Passeio Garibaldi de Andrade, n.1 Apartado 32
7400-294 - Ponte de Sôr

TEL: 242 292 000 FAX: 242 204 661

SEDE:

Av. de Santo António
7300 - 853 Portalegre

TEL: 245 301 000 FAX: 245 330 359

www.ulsna.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Seja responsável na partilha de informação e/ou dados pessoais nos emails que envia.

Garanta os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção de dados.

Lembre-se: os dados salvam vidas, mas o uso abusivo da informação pode destruir a sua vida!

Anexo VI. Parecer Enfermeiro Supervisor, ULSNA

17/07/2020

Correio – Maria Do Carmo Crisostomo De Matos – Outlook

Formação SBV DAE, Sub da Ponte de Sor

Alberto Antonio Correia Alves <Alberto.Alves@ulsna.min-saude.pt>

seg, 30/12/2019 12:46

Para: Constanca Maria Esteves Florindo Matos <Constanca.Matos@ulsna.min-saude.pt>; Maria Do Carmo Crisostomo De Matos <maria.c.matos@ulsna.min-saude.pt>; Isabel Maria Queiros Martins Taveira Pinto <Isabel.Pinto@ulsna.min-saude.pt>; Ausenda Zaida Martins Belo Martins <Ausenda.Martins@ulsna.min-saude.pt>; apedro@ipportalegre.pt <apedro@ipportalegre.pt>
Cc: Judite Jesus Conceicao Paz <Judite.Paz@ulsna.min-saude.pt>

1 anexos (676 KB)

image2019-12-30-122529.pdf;

Exma. s Senhoras, bom dia,
somos a informar da autorização do Exmo. Sr. Presidente do CA da formação proposta.
continuação de boas festas.

Com os melhores cumprimentos, pessoais

Alberto Antonio Correia Alves
Enfermeiro Gestor
Responsável /Gestor da Formação

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO-EPE | Hospital Dr. José Maria Grande

SEDE:

Av. de Santo António
7300 - 853 Portalegre
TEL: 245 301 000 FAX: 245 330 359

www.ulsna.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Seja responsável na partilha de informação e/ou dados pessoais nos emails que envia.
Garanta os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção de dados.
Lembre-se: os dados salvam vidas, mas o uso abusivo da informação pode destruir a sua vida!

De: aprov.portalegre.elvas@ulsna.min-saude.pt <aprov.portalegre.elvas@ulsna.min-saude.pt>

Enviado: 30 de dezembro de 2019 12:25

Para: Alberto Antonio Correia Alves

Assunto:

Anexo VII. Certificado de Formação UFCD Liderança



Certificado de Qualificações

Formação Modular

(Portaria n.º 283/2011, de 24 de outubro)

Certifica-se que Maria do Carmo Crisóstomo Matos, natural de Gavião, nascida em 06/07/1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 13055161 9ZY1 válido até 12/09/2022, concluiu com aproveitamento, em 18/08/2019, no(a) Escola Nacional de Bombeiros - Formação Bombeiros e Protecção Civil, a(s) seguinte(s) unidade(s) de formação de curta duração do Catálogo Nacional de Qualificações, com início em 14/08/2019.

Componente de Formação	Código	Unidades de Formação de Curta Duração	Carga horária
Tecnológica	9918	Liderança na atividade de bombeiro - iniciação	25

Quinta do Anjinho - Ranholas, 16 de janeiro de 2020

O(A) Responsável pelo(a) Escola Nacional de Bombeiros - Formação Bombeiros e Protecção Civil

(Assinatura e selo branco ou carimbo)



Certificado n.º 8470/2019

Anexo VIII. Certificado de Participação no “I Congresso Nacional SIV”



1º Encontro Nacional SIV

« DA NECESSIDADE À REALIDADE »

Biblioteca Municipal de Tomar | 16 de outubro 2019

Certificado

Certifica-se que Maria do Carmo Crisóstomo de Matos participou no I Encontro Nacional SIV, que decorreu no dia 16 de outubro de 2019.

Pela Comissão Organizadora

Célia Figueiras *Victor Lencastre*



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Anexo IX. Certificado de Recertificação de Competências SAV/SIV



Instituto Nacional de Emergência Médica

Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Maria do Carmo Crisóstomo de Matos, nascido(a) a 06-07-1986, em Gavião, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 13055161, concluiu com aproveitamento, em 07-03-2019, o Curso de Formação Profissional.

Módulo II - Recertificação do curso SIV Enfermeiros

que decorreu de 06-03-2019 a 07-03-2019, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de Apto

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 25-03-2019



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 114-1.0-0918/14493/25731/2019

Válido até Março de 2024

RECERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA (16h)

Modalidade da Formação:

Formação contínua.

Área de Formação:

Emergência Médica.

Plano Curricular:

- Abordagem inicial à vítima de emergência médica e de trauma (avaliação primária e secundária)
- Competências não técnicas da equipa de emergência: liderança, trabalho de equipa e gestão de tarefas/tomada de decisão
- Técnicas de comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
- Sedação e analgesia
- Organização e funcionamento das Vias Verdes no SNS: AVC, Coronária, Sepsis, Trauma, PCR
- Emergências obstétricas
- Abordagem ao parto eminente
- Suporte de Vida Neonatal
- Suporte Avançado de Vida Pediátrico
- Abordagem pré-hospitalar em emergências: Asma; Alergia e anafilaxia; Exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crónica; Edema agudo do pulmão cardiogénico; Síndrome Coronário Agudo; Hemorragia digestiva; Sepsis; Acidente vascular cerebral; Intoxicações; Convulsões e epilepsia; Paragem cardiorrespiratória no adulto e na criança; Reanimação neonatal; Parto eminente; Emergência obstétrica; Dispneia na criança; Abordagem da criança com necessidades especiais; Trauma crânio-encefálico; trauma vertebro-medular; Choque hemorrágico; Trauma das extremidades; Trauma térmico; Transporte do doente crítico.
- O papel do INEM em situações com multivítimas
- Organização e gestão inicial de situações com multivítimas
- Triagem primária em situações com multivítimas
- Triagem secundária em situações com multivítimas

Competência Adquirida:

Abordagem em situações de emergências médicas, emergências de trauma, pediatria e obstetrícia, transporte do doente crítico e situações de exceção no contexto de suporte imediato de vida.



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Maria do Carmo Crisóstomo de Matos, nascido(a) a 06-07-1986, em Gavião, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 13055161, concluiu com aproveitamento, em 01-03-2019, o Curso de Formação Profissional.

Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 28-02-2019 a 01-03-2019, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.2 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 25-03-2019



Departamento de Formação
em Emergência Médica




(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 003-1.2-0312/44419/25731/2019

Válido até Março de 2024

Mod. INEM.061/2



SUORTE AVANÇADO DE VIDA (16 horas)


Modalidade da Formação:
Formação inicial


Área de Formação:
Emergência Médica

Plano Curricular:

- Suporte Avançado de Vida em perspetiva
- Causas e prevenção de PCR
- Síndrome Coronário Agudo
- Demonstração de caso clínico
- Algoritmo de SAV
- Via Aérea e reconhecimento de ritmos
- Fármacos e Vias de Administração
- Reanimação Inicial e Desfibrilhação
- Cuidados PR / Ética /DNR
- Casos clínicos
- PCR em circunstâncias especiais (*Workshop*)
- Disritmias peri-paragem; Gasimetria (*Workshop*)
- Casos clínicos finais

Competência Adquirida:
Suporte Avançado de Vida





Mod. INEM.061/2

Anexo X. **Certificado de Recertificação de Tripulante de Ambulância de Socorro**



Escola Nacional
de Bombeiros

Certificado de Formação Profissional



INEM

Certificado n.º EA-TAS.02.02.2012

Certifica-se que Maria do Carmo Crisóstomo Matos natural de Gavião nascida em 06/07/1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 13055161 9ZY1 válido até 12/09/2022, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Recertificação para Tripulante de Ambulância de Socorro com SBV-DAE, em 24/11/2019, com a duração de 35:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Recertificação de TAS com SBV-DAE	35:00	19
Nota Final		19

Quinta do Anjinho - Ranholas, 02 de dezembro de 2019

O(A) Responsável pelo(a) Escola Nacional de Bombeiros - Formação Bombeiros e Protecção Civil

ESCOLA NACIONAL DE BOMBEIROS
Rua do 1.º de Maio, 100
Quinta do Anjinho - Ranholas
4710-869 SINTRA
(Assinatura e selo branco ou corado)

Certificado n.º 3651/2019 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Plano Curricular:

- Integração na Plataforma
- Competências Psicológicas
- Exame da Vítima e Emergências Médicas
- Emergências Pediátricas e Obstétricas
- Emergências de Trauma
- SBV DAE e SBV Pediátrico
- Situações Multivítimas
- Avaliação

**Anexo XI. Certificado de Recertificação de Competências Pedagógicas de
Formador de Tripulante Ambulância de Transporte**

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Maria do Carmo Crisóstomo Matos natural de Gavião nascida em 06/07/1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 13055161 9ZY1 válido até 12/09/2022, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Prova de Competências TAT- Formador, em 15/11/2019, com a duração de 8:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Prova de Competências TAT- Formador	8:00	-
Nota Final		17

Quinta do Anjinho - Ranholas, 18 de dezembro de 2019

O(A) Responsável pelo(a) Escola Nacional de Bombeiros - Formação Bombeiros e Protecção Civil


(Assinatura e selo branco ou carimbo)
ESCOLA NACIONAL DE BOMBEIROS
Prova de Competências TAT- Formador
Quinta do Anjinho - Ranholas
Contribuinte N.º 503 657 190

Certificado n.º 3890/2019 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo XII. Certificado de Formação de Eletrocardiografia Essencial



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Portaria nº 474/2010, de 8 de Julho)

Certifica-se que:

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos

Natural de Portalegre, nascida a 06/07/1986, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, titular do nº. de identificação 13055161 9ZX3 (Cartão do Cidadão), concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional em

Eletrocardiografia - Essencial

Que decorreu no dia 28/09/2019, com a duração total de 4 horas.

Massamá, 28 de Setembro de 2019

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Pedro Rodrigues

Dr. Pedro Rodrigues

Certificado n.º 10ECES2019-10666



**ACADEMIA
FEMÉDICA**



**ENTIDADE
ACREDITADA**
FORMAÇÃO EM
EMERGÊNCIA MÉDICA



Modalidade de Formação: Eletrocardiografia Essencial

Área da Formação: 729 - Saúde

Plano Curricular:

Designação das unidades temáticas	HORAS
• Apresentação do Curso	00H15
• Anatomia e Fisiologia Cardíaca	00H15
• Monitorização Eletrocardiográfica	00H10
• ECG Normal	00H30
• Alterações eletrocardiográficas no âmbito da Emergência Médica	00H50
• Prática I – Monitorização	00H45
• Prática II – Análise de Traçado	00H30
• Prática III – Estudos de Caso	00H30
• Avaliação e Encerramento do Curso	00H15

Massamá, 28 de Setembro de 2019

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada



Dr. Pedro Rodrigues

Certificado n.º 10ECES2019-10666

Anexo XIII. Certificado de Formação de Eletrocardiografia Avançada



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Portaria nº 474/2010, de 8 de Julho)

Certifica-se que:

Maria do Carmo Crisóstomo de Matos

Natural de Portalegre, nascida a 06/07/1986, nacionalidade Portuguesa, sexo Feminino, titular do nº. de identificação 13055161 9ZX3 (Cartão do Cidadão), concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional em

Eletrocardiografia - Avançada

Que decorreu no dia 28/09/2019 com a duração total de 6 horas, tendo obtido a classificação final de 19.5 valores, numa escala de 0 a 20.

Massamá, 28 de Setembro de 2019

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Pedro Rodrigues

Dr. Pedro Rodrigues

Certificado n.º 8ECAV2019-10666



**ACADEMIA
FEMÉDICA**



**ENTIDADE
ACREDITADA**
FORMAÇÃO EM
EMERGÊNCIA MÉDICA



Modalidade de Formação: Eletrocardiografia Avançada

Área da Formação: 729 - Saúde

Plano Curricular:

Designação das unidades temáticas	HORAS
• Apresentação do Curso	00H15
• Revisões Conceitos Essenciais	00H20
• Alterações no âmbito da Emergência Médica	01H55
• Prática I – Monitorização Eletrocardiográfica	00H30
• Prática II – Análise de Traçado	00H45
• Prática III – Estudos de Caso	00H45
• Prática IV – Estudos de Caso	00H45
• Avaliação e Encerramento do Curso	00h45

Massamá, 28 de Setembro de 2019

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada


Dr. Pedro Rodrigues

Certificado n.º 8ECAV2019-10666

Anexo XIV. Certificado de Formação de Suporte Avançado de Vida



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Carmo Crisostomo Matos

06/07/1986

Recebeu a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional
Em Portalegre, Portugal

Isabel SANTOS
Course Director



Data do último curso: 15/06/2019

Este certificado é válido de 15/06/2019 e expirará em 15/06/2024,
a menos que a trajetória de recertificação dinâmica seja iniciada antes de 15/06/2021 em <https://Cosy.ERC.edu>
O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.
Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-428-841450

**Anexo XV. Certificado de Formação de International Life Support
Advanced**



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Maria do Carmo Crisóstomo Matos natural de Gavião nascida em 06/07/1986, com o N.º de Cartão de Cidadão 13055161 9ZY1 válido até 12/09/2022, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de International Trauma Life Support Advanced, em 12/05/2019, com a duração de 16:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..100
Avaliação Prática	8:00	-
Avaliação Teórica	8:00	80
Nota Final		80

Queluz, 29 de julho de 2019

O(A) Responsável pelo(a) FEMÉDICA - Formação e Emergência Médica, Lda.

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

FEMÉDICA
FORMAÇÃO E EMERGÊNCIA MÉDICA

Certificado n.º 1432/2019 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

